



# **O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João**

**Mafalda Morgado de Oliveira Rebelo Gomes**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

**Orientada por:**

**Professor Doutor Rui Pimenta**

**Professora Doutora Alcina Nunes**

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Porto, novembro de 2013





# **O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João**

**Mafalda Morgado de Oliveira Rebelo Gomes**

**Professor Doutor Rui Pimenta**

**Professora Doutora Alcina Nunes**

Porto, novembro de 2013

## RESUMO

A afluência desmedida aos Serviços de Urgência é uma questão que acarreta preocupações a nível financeiro. Contribui para este fato, a mentalidade da população, que acredita que este serviço oferece mais facilidades de acesso, dispõe de mais recursos e fornece melhores cuidados de saúde. Novas medidas foram preconizadas, como o aumento das taxas moderadoras, para tentar travar este fenómeno. No entanto, apesar da descida dos episódios de urgência em cerca de 10%, em Portugal, estudos apontam para valores na ordem dos 30-35% de episódios não urgentes. Assim, torna-se importante que não só se enfatizem as novas medidas, como se eduque a população com vista à correta utilização destes serviços, através de campanhas de sensibilização. Torna-se, assim, necessário que se chegue ao perfil do utilizador abusivo. Para a identificação de um perfil de abusividade, foram solicitados dados de episódios de urgência ocorridos durante um período de 6 meses no Hospital de São João, tendo depois sido estimado um modelo de regressão logística. A metodologia permite identificar quais as características que influenciam uma utilização abusiva do serviço e quantificar o impacto de cada uma destas características na probabilidade de um utente apresentar um comportamento abusivo. Concluiu-se que, uma mulher entre os 18-30 anos, que resida em Vila Nova de Gaia, recorra à urgência durante a noite tendo-lhe sido atribuída uma pulseira azul e seja abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, apresenta 91,92% de probabilidade de utilizar este serviço de forma abusiva. Contrariamente, um homem com mais de 60 anos, residente na Maia, que recorra ao serviço durante o dia, esteja isento do pagamento de taxas moderadoras e seja abrangido pela ADSE, e lhe seja atribuída uma pulseira laranja, apresenta apenas 39,93% de probabilidade de ter um comportamento abusivo. Estes resultados são importantes para definir campanhas de sensibilização que diminuam comportamentos abusivos.

**PALAVRAS-CHAVE:** serviço de urgência, comportamento abusivo, perfil do utente, campanhas de sensibilização, metodologia de regressão logística.

## **ABSTRACT**

The uncontrolled influx of people in the emergency room is a matter that is financially worrisome. It does contribute to this fact, the popular mentality that this service offers ease access, has more features and provides better healthcare. New measures, like the increase of the user fees, were recommended to try to break this phenomenon. However, despite the decrease of about 10% of emergency episodes in Portugal, studies still indicate values of 30-35% of non-urgent episodes. Therefore, it is important not only to emphasize the new measures, but also to educate the population for the proper use of these services, through awareness campaigns. Consequently, it becomes necessary to define the profile of the abusive user. To identify the profile of the abusive user, data of emergency episodes that occurred during a period of 6 months at the Hospital of São João was requested, having then been estimated a model of logistic regression. This methodology allows us to identify what characteristics influence an abusive use of the service and quantify the impact of each of these characteristics on the probability of a user showing an abusive behavior. It was concluded that a woman between 18-30 years, residing in Vila Nova de Gaia, resorted to the emergency overnight, having been awarded a blue strap and is covered by the National Health Service, has 91,92% probability to use this service abusively. In contrast, a man who is over 60 years, residing in Maia, who uses the service during the day, is exempt from paying user fees and is covered by ADSE, having been assigned an orange bracelet, has only 39,93% probability of exhibiting an abusive behavior. These results are important to define awareness campaigns to reduce abusive behavior.

**KEYWORDS:** emergency service, abusive behavior, user profile, awareness campaigns, logistic regression methodology.

## RESUMÉN

La afluencia desmedida a los servicios de urgencia hospitalarios aporta preocupaciones a nivel financiero. Contribuye a esto la mentalidad de la población, que cree que este servicio ofrece un acceso más fácil, más recursos y una mejor asistencia sanitaria. Se propuso la implementación de nuevas medidas, como el aumento de la participación del usuario en los costes (*taxas moderadoras*), para intentar frenar este suceso. Sin embargo, aun con la reducción de visitas de urgencia de casi un 10%, en Portugal, varios estudios apuntan a cifras de 30-35% de visitas no urgentes. Así, se hace importante enfatizar las nuevas medidas y educar a la población con campañas de sensibilización, buscando una utilización correcta de estos servicios. Por lo tanto, es necesario identificar el perfil del usuario abusivo. Con este objetivo, se solicitó datos de visitas de urgencia que ocurrieron al largo de 6 meses en *Hospital de São João* (HSJ), y se estimó un modelo de regresión logística. Esta metodología permite identificar las características que influyen a una utilización abusiva del servicio y cuantificar su impacto en la probabilidad de un usuario presentar un comportamiento abusivo. Se concluyó que una mujer entre los 18-30 años, residente en Vila Nova de Gaia y beneficiaria del servicio nacional de salud portugués, que recurra al servicio de urgencia de HSJ durante la noche, recibiendo una pulsera azul, tiene un 91,92% de probabilidad de utilizarlo de manera abusiva. Al contrario, un hombre con más de 60 años, residente en Maia, exento de las *taxas moderadoras* y beneficiario de la dirección general portuguesa de protección social a los funcionarios (ADSE), que recurra a este servicio de urgencia durante el día y reciba una pulsera naranja, tiene solo un 39,93% de probabilidad. Estos resultados son importantes para definir campañas de sensibilización que reduzcan los comportamientos abusivos.

**PALAVRAS CLAVE:** servicio de urgencia, comportamiento abusivo, perfil del usuario, campañas de sensibilización, metodologías de regresión logística.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Centro Hospitalar de São João – Hospital São João, pela cedência dos dados, sem os quais este projeto não seria possível.

Ao meu orientador Professor Doutor Rui Pimenta, pelo seu contributo neste projeto e ao longo do Mestrado, que sem ele não teriam certamente sido tão ricos.

À minha orientadora Professora Doutora Alcina Nunes, pela sua inestimável colaboração, pela disponibilidade exímia, e por nunca me deixar desistir, o meu muito obrigada.

Ao Dr. João Jaime Sá, ao Dr. Luciano Vieira e à Doutora Cristina Marujo, pela sua colaboração e sua prestabilidade.

Ao Dr. João Logarinho e à Enfermeira Filomena Castro por terem intercedido a meu favor ao longo do processo burocrático.

A minha colega Graciete, que tal como ela própria o diz, me acompanhou desde o primeiro dia de aulas até aos últimos dias da realização deste projeto, pela sua simpatia contagiante e por toda a ajuda.

Aos meus irmãos Teresa e Francisco, amigas e amigos, por estarem sempre disponíveis para mim, e por me ajudarem mesmo sem que eu o peça.

Aos meus Pais, pois sem eles nem este projeto nem nada do que tenho seria possível, agradeço por me ensinarem que há sempre um lado bom e que no fim, tudo acaba bem.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADSE- Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

ACSS- Administração Central dos Sistemas de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CNRRNEU- Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

CS- Centros de Saúde

GDH- Grupos de Diagnóstico Homogêneos

MCDT- Métodos Complementares de Diagnóstico e Tratamento

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIB- Produto Interno Bruto

OPPS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SAP- Serviço de Atendimento Permanente

SASU- Serviços de Atendimento de Situações Urgentes

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SU- Serviços de Urgência

SUP- Serviços de Urgência Polivalentes



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1- O IMPACTO DAS CAMPANHAS DE SENSIBILIZAÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA PROCURA EXCESSIVA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL .....	6
1.1. Serviço nacional de saúde Português: breve história e enquadramento atual .....	7
1.2. Serviço de Urgência .....	12
1.2.1. Caracterização do Serviço de Urgência e Triagem de Manchester .....	12
1.2.2. Tipo de utilização dos Serviços de Urgência pela população Portuguesa .....	16
1.3. A problemática do uso abusivo do Serviço de Urgência .....	18
1.3.1. O conceito de utilização abusiva do Serviço de Urgência .....	18
1.3.2. Campanhas de sensibilização .....	21
1.3.2.1. Conceito e meios de comunicação .....	21
1.3.2.2. A importância da aplicação de campanhas de sensibilização nos Serviços de Urgência .....	23
CAPÍTULO II: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DO UTILIZADOR ABUSIVO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA .....	25
2.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	27
2.1.1. Base de dados e enquadramento institucional da sua recolha .....	27
2.1.2. Identificação e descrição das variáveis em estudo .....	29
2.1.3. Metodologia econométrica de análise .....	33
2.2. ANÁLISE UNIVARIADA .....	37
2.3. ANÁLISE MULTIVARIADA .....	52
CONCLUSÃO .....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Categorização das cores das pulseiras na Triagem de Manchester .....</i>	14
<i>Figura 2. Mapa conceptual do enquadramento teórico .....</i>	25
<i>Figura 3. Mapa conceptual da metodologia .....</i>	36

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera</i> .....	13
Tabela 2: <i>Evolução do valor das taxas moderadoras nos últimos 6 anos</i> .....	20
Tabela 3: <i>Apresentação e descrição das variáveis em estudo</i> .....	29
Tabela 4: <i>Distribuição, absoluta e relativa, de episódios de urgência, por tipo de utilização</i> .....	37
Tabela 5: <i>Distribuição, absoluta e relativa, dos episódios de urgência, por género e situação em relação a taxas moderadoras</i> .....	38
Tabela 6: <i>Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SU, no período do estudo</i> .....	39
Tabela 7: <i>Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SU por categorias, no período do estudo</i> .....	39
Tabela 8: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por género, idade e isenção de taxas moderadoras</i> .....	40
Tabela 9: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por categorias</i> .....	42
Tabela 10: <i>Distribuição de frequência de episódios de urgência, por mês</i> .....	43
Tabela 11: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por meses</i> .....	44
Tabela 12: <i>Distribuição de frequência de episódios de urgência, por cor da pulseira</i> .....	44
Tabela 13: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por cor da pulseira</i> .....	45
Tabela 14: <i>Distribuição de frequência de episódios de urgência por concelhos</i> .....	46
Tabela 15: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por concelhos</i> .....	47
Tabela 16: <i>Distribuição de frequência de episódios de urgência por data e hora do episódio</i> .....	48
Tabela 17: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por data e hora</i> .....	49
Tabela 18: <i>Distribuição de frequência de episódios de urgência, por tipo de sistema de saúde</i> .....	50

Tabela 19: <i>Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por tipo de sistema de saúde</i> .....	50
Tabela 20: <i>Resultados da estimação multivariada para o comportamento abusivo, 1º, 2º e 3º Modelos</i> .	53
Tabela 21: <i>Resultados da estimação multivariada para o comportamento abusivo, 4º e 5º Modelos</i> .....	59

# INTRODUÇÃO

A procura pela saúde sempre foi uma das principais preocupações da sociedade, através dos tempos. A crença de que saúde é a ausência de doença, há muito que foi abandonada. A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) datada de 1978 define saúde como “um estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 2008).

Em Portugal, na atualidade, a situação geral de saúde da população é bastante boa. Na verdade, a economia portuguesa é considerada pela OMS como uma das economias melhor sucedidas em termos de redução de mortalidade, sobretudo a infantil, perinatal e materna (Ministério da Saúde, s.d.). Alguns dos fatores apontados para esta situação são o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e o desenvolvimento da rede de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares. No entanto, “a sustentabilidade destes resultados está dependente da evolução social” (Ministério da Saúde, s.d., p.23) e dados os últimos acontecimentos em

termos de situação orçamental, com a consequente retração do financiamento público, a sustentabilidade do setor da saúde poderá estar ameaçada.

A saúde em Portugal no momento corrente é vista por muitos cidadãos como sendo responsabilidade do Estado Português (Eira, 2010). No entanto, esta é uma realidade que apenas foi possível com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em que os cuidados passam a estar disponíveis para todos, independentemente da condição física, social ou económica. Desde 1974, a Constituição da República Portuguesa prevê que todos têm direito à proteção da saúde (art. nº 64). Este é um direito assegurado pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) que é universal, geral e tendencialmente gratuito. Desde a sua criação que passam a existir vários tipos de cuidados, desde os cuidados de saúde primários – nos centros de saúde (CS) - até aos diferenciados – nos hospitais gerais e especializados (Eira, 2010). No entanto, a saúde não deve ser entendida como uma responsabilidade inteiramente do Estado. De fato, cabe aos cidadãos utilizarem os mesmos com consciência para que este recurso seja sustentável.

Em todas as sociedades, os recursos de saúde são apreciados pois a população percebe a sua importância em termos de valor. Um dos principais pontos-chave do SNS é o Hospital. Segundo Rodrigues (2005), este é um sistema complexo onde existem numerosos serviços, divididos segundo uma lógica de especialidades médicas que conta com o apoio de inúmeros avanços tecnológicos para o tratamento de patologias. É, também, um serviço complexo no que toca ao tratamento efetuado pois é realizado por pessoas e para pessoas que muitas vezes se encontram em fases muito críticas das suas vidas.

Os Hospitais Públicos, em particular, os Serviços de Urgência (SU) de Hospitais Públicos, são partes essenciais do sistema de saúde de um país. O seu objetivo primordial é fornecer cuidados de saúde a todos aqueles que assim o necessitem, dando especial ênfase aqueles que não podem procurar estes cuidados noutra tipo de instituições devido a questões financeiras (Pereira et al., 2001). Os cuidados prestados nestes serviços são direcionados a situações específicas e caracterizam-se por ser imediatos, ou seja, não incluem uma prestação de cuidados duradoura (Carret, Fassa & Domingues, 2009; Carret, Fassa, Paniz & Soares, 2011). Recentemente tem-se vindo a assistir a um fenómeno de *overcrowding* (afluência insustentável) nestes serviços. Esta situação pode ser explicada por diversos fatores como um elevado número de utilizadores nos serviços hospitalares públicos, diminuição do número de camas nos serviços de internamento e cuidados intensivos, diminuição dos profissionais de saúde nos SU, espaço físico do serviço inadequado às exigências e necessidades, transferências de entidades hospitalares privadas, aumento do fluxo de pacientes do foro traumático e outros que necessitem de internamento hospitalar e uma necessidade crescente de cuidados de

ambulatório (Pereira et al., 2001). Silva (2009), aponta o atual mau desempenho do SNS, nomeadamente no que toca à ineficácia no acesso aos cuidados de saúde primários, como uma razão válida para tal ocorrência. No entanto, “a razão maioritariamente citada para este fenómeno, é o número excessivo de utilizadores com problemas menores” - episódio de urgência inadequado ou abusivo (Pereira et al., 2001, p.584).

O uso inadequado dos SU, nomeadamente o uso abusivo, constitui um dos mais graves problemas a nível mundial, no setor dos cuidados de saúde (Carret, Fassa & Kawachi, 2007), levantando preocupações acerca do acesso e disponibilidade de cuidados de saúde para toda a população (Pereira et al., 2001). De fato, este uso abusivo é apontado como grande responsável pela afluência desmedida e cada vez maior a este tipo de serviços (Pereira et al., 2001). Ainda segundo estes autores e, com a concordância de Carret, Fassa e Kawachi (2007), este fenómeno compromete o atendimento realmente urgente, os próprios cuidados de saúde e acarreta custos desnecessários. Um dos fatos que melhor espelha esta situação, é o número crescente de utilizadores que abandona o SU sem atendimento médico (Pereira et al., 2001). Carret, Fassa e Kawachi (2007), acrescentam que ao ser comprometido o curso normal destes serviços, é também comprometida a sua eficiência, equidade e são acrescidos custos que poderiam ser minimizados, caso estes episódios fossem direcionados e tratados pelas entidades competentes para o mesmo. No entanto, tal como referem os autores anteriormente citados a desejada “racionalização” depende do uso apropriado de outros tipos e níveis de serviços de saúde, como por exemplo, os cuidados primários, que por sua vez, podem falhar na sua missão. Existem no entanto fatores que levam os utilizadores a preterirem os cuidados primários em relação ao SU, nomeadamente “o fato de quererem e poderem ser atendidos no mesmo dia e no momento, a possibilidade de poderem realizar todo o tipo de exames de diagnóstico e a crença de que os SU podem resolver qualquer condição de saúde aguda e complexa de forma mais eficaz que outros serviços” (Carret, Fassa & Kawachi, 2007, p.131). Este tipo de procura leva a que sejam “quebradas barreiras com o serviço de saúde em si”, em que o paciente não só recebe cuidados que lhe aliviam de imediato a condição primordial, como acaba por receber cuidados que deveriam ser prestados nos cuidados de saúde primários, como sendo a educação para a saúde, que pretende prevenir a instalação de novos estados de doença (Carret, Fassa & Domingues, 2009, p.7).

Segundo Pereira et al. (2001), até ao ano de 2001, não existiam estudos em Portugal que suportassem, cientificamente, a perceção de que a maior parte dos episódios de urgência eram desadequados. Desde o trabalho destes autores também não são conhecidos novos trabalhos de investigação sobre esta problemática, a nível de um grande SU ou hospital central.

O presente estudo debruça-se sobre esta pertinente questão, ao nível da prestação de cuidados de saúde, ao pretender determinar quais são os fatores, que conduzem à utilização abusiva dos serviços de urgência de hospitais públicos. O objetivo é conhecer os fatores que determinam o perfil do utilizador abusivo para que se possa agir sobre eles e, sempre que possível, possam ser contornados, minimizados, ou mesmo eliminados sempre que não se reconhecer a sua existência permanente.

Carret, Fassa e Kawachi (2007), alegam que para que o problema da utilização abusiva dos SU seja diminuído, é necessário realizar e aplicar campanhas de sensibilização direcionadas para a população que é, declaradamente, reconhecida como utilizadora abusiva destes serviços de saúde. Assim, é exaltada a importância de educar e informar a população para lidar com um fenómeno que, sendo crescente, é prejudicial quer para a saúde, em geral, quer para a economia de um país, em termos particulares.

Nesta senda, o objetivo deste trabalho de investigação é traçar o perfil socioeconómico e clínico do utilizador abusivo dos serviços de urgência hospitalar de forma a identificar o alvo preferencial de um direcionamento sustentado e, desta forma, eficiente de campanhas de sensibilização para o uso consciente do serviço.

Apresenta-se uma revisão bibliográfica que pretende esclarecer o leitor acerca do SNS, sua criação e desenvolvimento através dos anos – ainda que de uma forma superficial pois não é esse o objetivo deste trabalho mas entende-se importante elucidar sobre a forma como o cidadão português tem vindo a ter direito aos cuidados de saúde -, abordando a problemática do uso abusivo dos SU, nomeadamente em Portugal, e relacionar esse mesmo fenómeno com a aplicação de campanhas de sensibilização direcionadas à população em questão.

Para atingir o objetivo delineado é necessário traçar o perfil socioeconómico do utilizador abusivo dos serviços de urgência. Tal implica identificar e quantificar como diferentes características individuais, sociais, económicas e clínicas dos utentes do serviço de urgência concorrem para uma situação de utilização abusiva do serviço. Assim, tendo como população alvo os utilizadores dos serviços de urgência de adultos (maiores de 18 anos) do Hospital de São João no Porto, cujos episódios de urgência se considerem abusivos – dentro dos parâmetros que serão definidos ao longo deste projecto- foram recolhidos dados administrativos individuais referentes ao género, idade, hora e dia de entrada, área de residência, cor da pulseira, sistema de saúde, isenção de taxas moderadoras. Foram também recolhidos dados quanto à proveniência do utente, 1º especialidade médica por que passou e se realizou ou não exames médicos e quais.



Definiu-se como população alvo a população utente de um Hospital Central - Hospital de São João. Opta-se pelo serviço de urgência de adultos, pois pressupõe-se que, neste serviço, o recurso à urgência é voluntário e consciente, dado que a idade mínima de entrada é de 18 anos.

A seleção da população alvo e variáveis em estudo é realizada após revisão bibliográfica que permite fornecer, ao trabalho de investigação, um referencial teórico que contextualiza a problemática em estudo. Para a identificação de um perfil de utilização abusiva foi estimado um modelo probabilístico de máxima verosimilhança através da adoção da metodologia *logit*. A metodologia permite identificar quais as características que influenciam uma utilização abusiva do serviço e quantificar o impacto de cada uma destas na probabilidade de um utente apresentar um comportamento abusivo.

Este estudo está dividido em duas grandes partes. Após a introdução, surge um primeiro capítulo de enquadramento teórico, onde é abordada a realidade acerca do SNS Português, sendo aprofundado o estudo sobre os SU. Referem-se aspetos relacionados com a sua caracterização, funcionamento e problemática de uso excessivo. Por fim, são abordadas as campanhas de sensibilização, desde o seu conceito até à importância da sua aplicação. No segundo capítulo, procede-se à análise empírica onde se responde ao objetivo principal deste trabalho, explanando a identificação do perfil do utilizador abusivo dos SU, desde a obtenção dos dados, caracterização da amostra e da população em estudo, identificação das variáveis até à discussão de resultados. Pretende-se explicar até que ponto as diferentes características individuais, sociais, económicas e clínicas dos utentes do serviço de urgência influenciam uma situação de utilização abusiva do serviço sendo, por isso, estimado através de um modelo probabilístico de máxima verosimilhança, adotando a metodologia de regressão logística, o impacto de cada uma destas características na probabilidade de um utente apresentar um comportamento abusivo. Ao longo do segundo capítulo, à medida que se apresenta a metodologia, serão também discutidos os resultados. Por fim, e em jeito de término, serão apresentadas as principais conclusões.

**CAPÍTULO I**

**O IMPACTO DAS CAMPANHAS DE  
SENSIBILIZAÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA  
PROCURA EXCESSIVA DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
EM PORTUGAL**

## 1.1 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS: BREVE HISTÓRIA E ENQUADRAMENTO ATUAL

De acordo com Gonçalves Ferreira um sistema de saúde é “o conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002, p.4). No entanto, os sistemas de saúde e a sua própria evolução, revestem-se de extrema complexidade, pelo que nele intervêm pressões, interesses e diferentes pontos de vista (Béresniak & Duru, 1999). De fato, “o maior desafio por detrás da sua manutenção é conseguir a compatibilização da parte humana (promoção e proteção da saúde) com a parte económica (incentivando o crescimento económico da comunidade)” (Paula, Morgado, Palha, Moreira & Marques, 2012, p.1).

A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português data do após revolução de 1974, mais precisamente, do ano de 1979<sup>1</sup>. Teve por base o modelo clássico do Serviço Nacional de Saúde, que se caracteriza por “*universal coverage of the population, generality of benefits, national tax financing and national ownership or control of factors of production*”<sup>2</sup> (Diogo, 2005, p.492). Antes deste período o Estado tinha um papel secundário nos cuidados de saúde. Apenas algumas áreas eram suportadas pelo mesmo, tais como: cuidados preventivos relacionados com a maternidade ou com a criança, certos tipos de doenças infecciosas e do foro mental e as despesas relacionadas com os funcionários públicos. Tudo o resto, seria responsabilidade financeira de cada indivíduo (Diogo, 2005). De fato, até 1979, a saúde em Portugal era da responsabilidade de misericórdias, dos serviços médicos-sociais (apenas para os beneficiários da Federação de Caixa da Previdência), dos serviços de saúde-pública (responsáveis pelos cuidados nas áreas supracitadas), dos hospitais estatais gerais e dos serviços privados (Baganha et al., 2002).

Este cenário, aliado ao baixo investimento financeiro no setor<sup>3</sup>, gerou graves problemas estruturais e contribuiu para a existência de padrões de saúde muito baixos. Segundo Diogo (2005), em 1970 os principais problemas do SNS em Portugal eram a taxa elevadíssima de mortalidade infantil (58% comparada com 5% em 2001), um número insuficiente de médicos

---

<sup>1</sup>Decreto de Lei n.º 56/79 de 26 de Agosto

<sup>2</sup>Cobertura universal da população, generalidade de benefícios, financiamento através de impostos e detrimento nacional ou controlo dos fatores de produção.

<sup>3</sup>Em 1970 a despesa pública em saúde era cerca de 10% do valor total da mesma, o que correspondia a cerca de 1,86% do PIB (por valores de 2011/2012).

(8.580 comparado com 33.233 em 2011), a distribuição desequilibrada de recursos humanos e materiais - com uma elevada centralização no litoral do país - a falta de coordenação entre os vários prestadores de cuidados, as múltiplas fontes de financiamento e a centralização excessiva de alguns serviços. Na tentativa de combater estes acontecimentos surgem, em 1971, os centros de saúde de primeira geração que pretendem dar ênfase ao controlo do Estado em detrimento do setor privado, resultando numa alocação mais justa de recursos e acesso a um vasto tipo de cuidados por parte da população (Diogo, 2005).

Com a nova constituição de 1976, a saúde em Portugal sofreu mudanças profundas. Os hospitais dirigidos por misericórdias, as unidades de bem-estar social e os postos de saúde, passaram a ser controlados pelo Estado. Por outro lado, a maior parte dos hospitais distritais sofreram reformas ou melhoramentos. Assim, o SNS passou a ser quase totalmente financiado através de impostos, sendo regido pela lei da universalidade, não olhando a diferenças sociais ou financeiras dos indivíduos<sup>4</sup> (Diogo, 2005). Para Pedro Pita Barros (s.d. como citado por Baganha et al., 2002), o principal objetivo das políticas implementadas foi o de facilitar e melhorar o acesso aos cuidados, quer em termos de financiamento quer em termos de acesso físico. No entanto, o período conturbado, que envolveu a criação do SNS, contribuiu para o enfraquecimento das suas bases, dificultou a gestão, o acesso e a eficiência dos seus serviços, contribuindo para que muitos indivíduos procurassem apoio nos serviços privados, o que implicaria pagamento de taxas, posteriormente reembolsadas (parcial ou totalmente) pelo Estado. “Assim, o Estado está a pagar serviços que poderiam ser realizados dentro do SNS, sem custos adicionais” (Diogo, 2005, p.495).

Posteriormente, em 1982, foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), com vista ao combate da fraca eficiência do sistema. O financiamento provinha do Estado e cada ARS teria a responsabilidade de implementar e financiar políticas de saúde na sua região de influência. Em 1993, as 18 ARS foram substituídas por 5 (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), divididas em 18 sub-regiões de saúde (Diogo, 2005).

Na década de 90, ocorrem dois eventos que se tornam marcos importantes na história do SNS. A Lei de Bases da Saúde<sup>5</sup> e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde<sup>6</sup>. A Lei de Bases da

---

<sup>4</sup>Salienta-se a exceção da criação de alguns seguros, nomeadamente os dos funcionários públicos que, além do financiamento pelo Estado, se sustentava numa percentagem do salário dos trabalhadores (cerca de 1%) e que permitia aos mesmos recorrerem a serviços privados – ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado). Refira-se, ainda, o alargamento destes benefícios a trabalhadores de empresas públicas, estudantes, forças armadas, banqueiros, entre outros. Este cenário contribuiu para que se questionasse desde cedo o princípio da universalidade do SNS, dado que uma parte da população teria acesso a benefícios que a maior parte da população não teria (Diogo, 2005).

<sup>5</sup>Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990 (e alterações posteriores).

<sup>6</sup>Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro de 1993.

Saúde veio instituir o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, no que se refere à liberdade de procura e de prestação de cuidados. No entanto, a mesma veio pôr em causa três dos princípios do SNS - a responsabilidade estadual pela proteção da saúde, a gratuidade e o funcionamento do SNS. De fato, a partir de 1993, o funcionamento do SNS passou a ser da responsabilidade não só do Estado, como dos próprios beneficiários, assim como os prestadores passaram a ser públicos e privados<sup>7</sup>. Tem-se, por isso, um sistema de saúde misto, que conta com diferentes modelos de pagamento, sendo por isso financiado pelo orçamento de Estado, pelo seguro social financiado por fundos de saúde de matriz profissional, pelo seguro voluntário financiado individualmente e por pagamentos diretos – as chamadas taxas moderadoras (Baganha et al., 2002)<sup>89</sup>.

Em 1995 surge, com um novo governo, uma nova abordagem gestacional - a nova gestão pública. Esta teoria tem como pilares centrais a ênfase “na gestão, como a solução para a ineficiência, na teoria económica, que dá ênfase às privatizações, à introdução de mecanismos de mercado, à escolha do consumidor e à contratação, e a teoria da agência, que está na base da contratualização, nomeação de objetivos e avaliação de desempenho” (Paula et al., 2012, p.4). “O objetivo maior passa a ser a satisfação do cliente e das suas necessidades, tendo por base um ambiente de concorrência entre agentes públicos e privados e garantindo a eficiência dos serviços públicos” (Paula et al., 2012, p.4). Este modelo pretende controlar a despesa pública e o equilibrar o orçamento do setor (Rego, 2008)<sup>10</sup>.

A partir de 1997, o orçamento retrospectivo hospitalar passa a ser calculado com base em elementos relacionados com a produção – orçamento prospetivo. Este novo modelo permite um maior controlo de custos e a distribuição mais assertiva de recursos, passando a ser utilizados os Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) tanto como modalidade de financiamento (Unidade Operacional da Administração Central do Sistema de Saúde [UOACSS], s.d.), como unidade de medida da produção hospitalar (Rego, 2008). Os GDH

---

<sup>7</sup>O financiamento do SNS passa a ser da responsabilidade do “Estado, dos utentes não beneficiários do SNS, dos beneficiários na parte que lhes diz respeito, dos subsistemas de saúde e de todas as entidades e instituições a que tal estejam obrigadas” (Baganha et al., 2002, p.8).

<sup>8</sup>O aumento de financiamento privado e cofinanciamento levaram a que se questionasse o princípio da equidade, que foi, de fato, consolidado com a alteração do princípio de gratuidade pela expressão “tendencialmente gratuito”, na Constituição da República Portuguesa, em 1989 (Baganha et al., 2002).

<sup>9</sup>Nogueira da Rocha, acerca do SNS, afirmou que este era “um grande espaço de convergência e congregação de esforços, composto por três segmentos claramente individualizados e articulados entre si” (Baganha et al., 2002, p.7): SNS, compreendendo as instituições dependentes do Ministério da Saúde, as entidades públicas, que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e prestam cuidados na área da saúde, e as entidades privadas e profissionais livres que colaborem com o SNS na prestação de cuidados ou de atividades relacionadas com a saúde.

<sup>10</sup>Além do sistema de contratualização, surgem os incentivos nas organizações (Araújo, 2007). Outro marco importante é a criação do cartão de utente, um cartão de identificação que contém toda a informação do utente e que deve ser apresentado em todas as visitas ao SNS (Diogo, 2005).

permitem classificar os doentes internados, agrupados num grupo relativamente homogéneo tendo em conta a patologia e os cuidados necessários, assim como os recursos associados ao episódio (UOACSS, s.d.). Também em relação ao setor farmacêutico foram introduzidas novas medidas. Salienta-se o incentivo ao uso de genéricos, devido ao seu baixo preço (cerca de 35% menos que outros produtos similares) (Diogo, 2005)<sup>11</sup>.

Após as eleições de 2002 e, com a consequente mudança de governo, surgem pressões para a diminuição da despesa pública<sup>12</sup>. Apesar da elevada quantia investida no setor da saúde, este era, em Portugal e nesta época, pouco eficiente apresentando graves problemas estruturais, de sustentabilidade e contenção de custos. Assim, o governo define um novo sistema nacional de saúde, a ser implementado no período de 2002-2006. Por entre as medidas tomadas salientam-se a criação de parcerias público-privadas, o fim das listas de espera de cirurgias e consultas, a atribuição de um médico de família a cada cidadão, a mudança do regime jurídico dos hospitais - de sociedades anónimas para entidades público-empresariais - a adoção de novos modelos de gestão, entre outras medidas (Diogo, 2005). Este autor, corroborado por Silva (2009), refere, no entanto, que “nem todas as medidas foram iniciadas, umas porque as estratégias de implementação não foram finalizadas e outras porque envolvem a criação de nova legislação que necessita primeiro da aprovação em assembleia da república, o que consiste num longo processo” (Diogo, 2005, p.499).

Atualmente, o SNS é constituído por serviços e instituições públicas, podendo estas depender (ou não) do Ministério da Saúde, e está organizado numa base nacional - Governo, Conselho Nacional da Saúde e Serviços Centrais - e territorial - onde operam as Regiões e Sub Regiões de Saúde- ARS (Silva, 2009)<sup>13</sup>. No entanto, o SNS enfrenta uma questão pertinente, transversal à maior parte dos países desenvolvidos, a sustentabilidade. A mesma está comprometida, quer pelo aumento do grau de despesa, quer pelo panorama atual de cortes orçamentais.

São apontadas algumas razões para o aumento constante das despesas no setor (Baganha et al., 2002.): questões demográficas relacionadas com o envelhecimento da população<sup>14</sup>, questões

---

<sup>11</sup> Foram criadas e divulgadas campanhas de sensibilização para o uso e foram fornecidos incentivos à indústria farmacêutica nacional para a sua produção.

<sup>12</sup> O setor da saúde juntamente com a educação e assuntos sociais, contam com mais de 60% da mesma (Diogo, 2005).

<sup>13</sup> Os dias em que o SNS Português era apontado como ineficiente e pobre, em termos de cuidados, são longínquos. Na verdade, o país apresenta uma excelente rede de cuidados, onde operam dos profissionais mais cobiçados na Europa e no mundo, contando com tecnologia avançada e grandes contributos para a comunidade científica.

<sup>14</sup> Existem no entanto, opiniões contrárias. Segundo Baganha et al., (2002), Correia de Campos (1983) terá referido que são normalmente as pessoas com mais de 65 anos que procuram cuidados de saúde. No entanto, os mesmos autores apontam Lucena et al. (1995) e Pedro Pita Barros (1995) como oponentes a esta opinião,

tecnológicas, onde o aumento da tecnologia e mão de obra qualificada para lidar com a mesma não é acompanhado de um aumento de produtividade, e aumento progressivo do consumo *per capita* de cuidados, fato relacionado com os hábitos populacionais que entre outros fatores, se materializa num recurso excessivo ao Serviço de Urgência (SU).

As políticas relacionadas com a garantia de sustentabilidade do sistema de saúde incluem não só considerações de sustentabilidade financeira, mas também, de planejamento e gestão de recursos necessários para a prestação de cuidados, como recursos humanos para a saúde, inovação clínica e tecnológica, infraestruturas e sistemas de informação. Neste contexto, o importante é conseguir ganhos de eficiência, isto é, ser capaz de melhorar o custo-efetividade da produção de cuidados de saúde como um todo (Paula et al., 2012)<sup>15</sup>. O constante aumento das despesas com saúde implica a cada ano que passa, um crescente esforço financeiro do Estado, sendo cada vez maior a fatia das receitas necessárias para cobrir as despesas com a saúde (Eira, 2010). É imperativo que sejam introduzidas novas medidas e encontradas novas estratégias capazes de combater o aumento da despesa em saúde sem diminuir na qualidade dos cuidados, com o objetivo maior de tornar o SNS financeiramente sustentável a longo prazo.

---

fundamentando a sua opinião no fato de que apenas 2.38% dos 33.65% de aumento de despesas de saúde *per capita*, na década de 80, se referem à população idosa.

<sup>15</sup>“A sustentabilidade do sistema de saúde depende da capacidade do sistema para cumprir as obrigações presentes e expectativas futuras, para se ajustar às novas exigências, mudanças e pressões inesperadas, melhorar e encorajar a melhoria e proporcionar valor crescente em termos económicos e de resultados em saúde” (Paula et al., 2012, p.1).

## **1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **1.2.1 Caracterização do serviço de urgência e Triagem de Manchester**

Os SU podem ser encontrados em hospitais e centros de saúde (Serviço de Apoio Permanente (SAP)). No entanto, o SAP apesar de ser encarado pela população e pelos profissionais como um SU, não foi criado com esse objetivo. Segundo Campos (2008), Silva (2009) e Novo (2010), o objetivo inicial do SAP consistia em servir de apoio aos cidadãos sem médico de família, ou que não pudessem ser atendidos, em tempo útil, pelo seu médico de família. Assim, o objetivo era realizar uma consulta de cuidados primários e encaminhar, se necessário, para um SU. O mesmo não se verificou, tendo o SAP sido usado nos últimos anos como um “dispositivo da rede de urgências” (Campos, 2008, p.264). Face ao exposto, e pela natureza deste estudo, quando se fala em SU a expressão refere-se aos que se situam em meio hospitalar - como será convenientemente explicado na secção seguinte, o presente estudo foi realizado no SU do Hospital de São João no Porto.

Existem vários tipos de SU, consoante a sua área de atuação e objetivos a que se propõem. Com a reforma da Rede Nacional de Urgências<sup>16</sup>, existem hoje novas nomenclaturas, segundo o Despacho nº 24681/2006. Assim, os SU - que serão objeto de estudo neste trabalho de investigação e, por isso, aqueles que interessa caracterizar - são Serviços de Urgência Polivalentes (SUP). Estes constituem o nível mais diferenciado dos serviços de resposta a urgências/emergências e encontram-se, normalmente, em hospitais centrais (Silva, 2009; Novo, 2010). A estrutura de um Serviço de Urgência, assim como o seu funcionamento, é de todo diferente da maior parte dos serviços hospitalares. No Hospital de São João, este é dividido por áreas, conforme uma cor ou especialidade.

O sistema de triagem adotado é o de Triagem de Manchester. Este sistema classifica o utente num de 52 motivos diferentes, em que cada um desses motivos tem o seu respetivo fluxograma de perguntas cuja resposta é sim/não. Se a resposta for sim, a respetiva condição verifica-se e corresponde a uma cor. Caso a resposta seja não, continua-se a responder ao fluxograma até se atingir uma nova condição e desse modo, uma nova cor. Na tabela seguinte – Tabela 1 – apresentam-se as cores resultantes do fluxograma, a caracterização da situação a que se refere a cor, assim como o tempo exetável de espera entre a triagem e o atendimento.

---

<sup>16</sup> Tema que não será aprofundado neste trabalho de investigação pois não é este o seu objetivo.



Tabela 1.

*Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera.*

Cor	Caracterização da situação	Tempo de espera (esperado)
Vermelho	Emergente	0 minutos
Laranja	Muito Urgente	Até 10 minutos
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos
Verde	Pouco Urgente	Até 120 minutos
Azul	Não Urgente	Até 240 minutos
Branco	Outras situações	Não definido

Fonte: Adaptado de Novo (2010).

É de salientar que não serão considerados, nem mencionados, ao longo deste estudo os utentes que deram entrada no SU com pulseira branca, pois esta, como descrito no quadro acima, é referente a outras situações que não situações potenciais de urgência. Essas situações são, entre outras, a transferência para outro serviço externo ao SU ou a consulta programada numa especialidade médica. Os utentes dão entrada no Hospital por esta via, por se considerar como sendo uma entrada facilitada, muitas vezes com a indicação do médico do CS e com conhecimento do médico do Hospital. Esta situação, apesar de não ter um grande impacto, contribui para que a triagem do SU tenha utentes a mais, atrasando todo o processo de triagem de doentes que carecem, efetivamente, de tratamento urgente real.

Para que o utente se encaixe numa categoria acima, é necessário que os seus sinais e sintomas encaixem em determinadas categorias, por forma a melhor caracterizar e catalogar a sua condição, e desta forma, urgência no atendimento. As categorias são as descritas na figura abaixo.

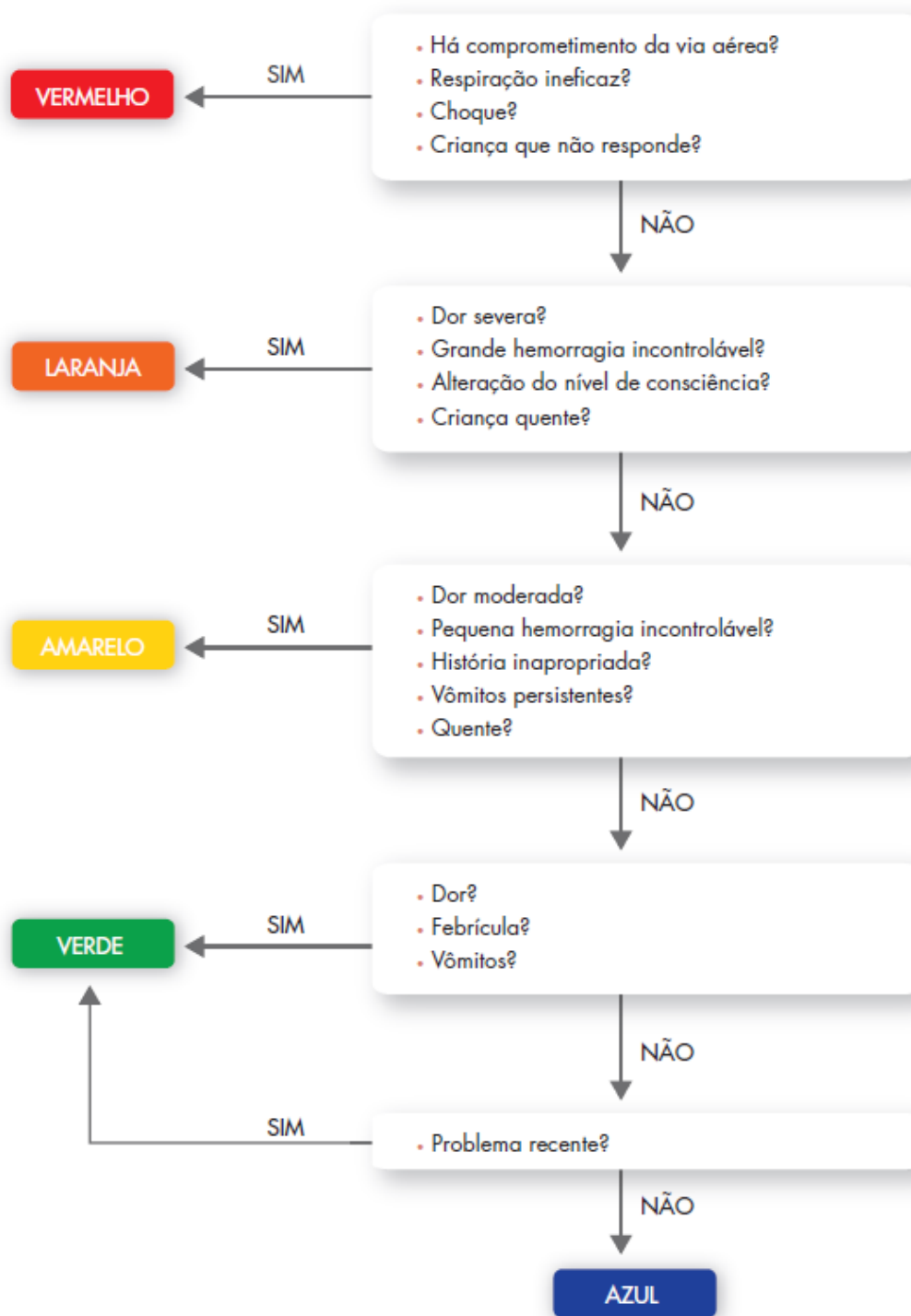


Figura 1. Categorização das cores das pulseiras na Triagem de Manchester.

Fonte: Freitas (1997, p.154).

O serviço divide-se por áreas, de acordo com a cor/condição obtida no fluxograma mencionado anteriormente. Assim, as áreas existentes no serviço são as seguintes:

- Área de admissão e recepção, localizada à entrada do SU. Aqui o utente realiza os processos administrativos necessários à sua admissão, alta e internamento. Alocada a esta zona existe uma sala de espera, onde o utente aguarda a chamada para o processo de triagem.
- A triagem, local de entrada da maior parte dos utentes. Aqui é realizada a Triagem de Manchester sendo, depois, o utente encaminhado para a área apontada pela triagem. Daqui os utentes podem ainda ser encaminhados para o serviço de Otorrinolaringologia ou para o serviço de Oftalmologia. É ainda possível os doentes saltarem a área da triagem, caso cheguem ao Hospital numa condição de saúde que apresente risco de vida e seja necessária a entrada rápida na Sala de Emergência.
- Área vermelha (Sala de Emergência), onde o tempo médio de espera para atendimento é nulo, ou seja, o atendimento é imediato. São encaminhados para esta área os utentes que sejam triados com pulseira de cor vermelha, sejam politraumatizados ou que deem entrada através do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) ao abrigo de uma via verde. Existem as seguintes Vias Verdes: AVC, Trauma, Sépsis e Coronária. É uma pequena sala com cinco camas. Nesta sala, encontra-se um enfermeiro responsável pela Reanimação Intra-hospitalar (RIH), ou seja, pelos casos de paragens cardíacas ou respiratórias a nível hospitalar, juntamente com o médico destacado no turno.
- Área laranja, onde o tempo médio de espera para atendimento é de dez minutos. Esta é uma área onde são atendidos doentes com quadros médicos, não traumáticos, cujas queixas condicionaram a triagem com cor laranja e utentes triados com pulseira de cor amarela ou verde cujo quadro clínico apresente necessidade de atendimento rápido (exemplos: crise convulsiva, hipoglicemia sintomática ou hemorragia digestiva). É uma área com 7 marquesas, onde existem ainda dois espaços distintos: 8 camas com monitorização, que pertencem à Unidade de Curta Permanência, cuja função é o internamento de curta duração, idealmente < 24h, e que está localizada dentro do espaço da área laranja; e uma sala com divisórias em vidro e cadeirões reclináveis, destinada sobretudo a doentes com queixas respiratórias que irão precisar de terapêuticas com aerossóis
- Área amarela, onde o tempo de espera médio para atendimento é de uma hora. Nesta área encontram-se utentes com diferentes cores de pulseira - desde a pulseira amarela, passando pela verde (duas horas) até a azul (quatro horas). É uma sala bastante grande, em forma de M, sendo que o primeiro corredor (da esquerda) é ocupado por gabinetes médicos, o segundo por cabines com camas e o terceiro (da direita) pela continuação da sala de espera da mesma área.

- Área da Psiquiatria, específica para utentes do foro psiquiátrico. O fato dos doentes serem encaminhados para esta área não impede que, caso os mesmos sejam triados como amarelos ou vermelhos, não possam ser encaminhados para outras áreas, caso a condição psiquiátrica seja a que inspira menos cuidados no momento.
- Área de Ortotrauma, onde se situa a zona de ortopedia e a zona de pequena cirurgia. Na área de pequena cirurgia, onde a intervenção dos enfermeiros é mais habitual, encontram-se situações de pequenos cortes, queimaduras (desde que não numa elevada percentagem do corpo), de traumatismo crânio-encefálico (TCE). Na parte de ortopedia, muitas vezes os utentes entram e saem sem contacto com os enfermeiros, pois recorrem ao serviço para retirar talas gessadas ou demais procedimentos que não necessitam da intervenção de enfermagem, sendo o procedimento realizado pela equipa médica.

Existem, ainda, salas de reuniões, a sala da família, as salas de espera de cada área, que ficam normalmente junto das mesmas, WC's para os doentes e WC's para os enfermeiros e demais pessoal, uma copa e salas de arquivos.

### **1.2.2 Tipo de utilização dos serviços de urgência pela população Portuguesa**

“A crescente procura de cuidados médicos e a falta de acessibilidade aos mesmos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, constituem os fatores mais determinantes na procura de consultas urgentes” (Oliveira, 2006, p.269). Segundo Costa (2003 cit. por Silva, 2009, p.10), “não nos podemos abstrair do fato de que, os recursos disponíveis serão sempre finitos ao contrário das necessidades humanas, que no caso concreto da saúde serão sempre ilimitadas”. Este fato aliado à visão da população acerca da saúde como um “bem sem preço”, explica a procura cada vez maior de cuidados de saúde.

A Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CNRRNEU) entende urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção (curativa ou paliativa) em curto espaço de tempo” (CNRRNEU, 2012, p.8), ou seja, apenas as situações agudas que implicam uma intervenção num curto espaço de tempo deveriam ser assistidas no SU. No entanto, não é isso que se assiste na realidade portuguesa. Segundo dados recolhidos em 2010 pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU, 2012), apenas 54% dos casos atendidos foram catalogados como urgentes, muito urgentes ou emergentes. Segundo a comissão anteriormente mencionada, a população Portuguesa desenvolveu certas expectativas e comportamentos face aos SU, que assentam em princípios de bem-estar, disponibilidade e atenção imediata.

A principal razão que tem sido apontada por especialistas no estudo desta realidade para o constante cenário caótico nos SU, é o uso abusivo por parte da população (Pereira et al., 2001), apontando, em 2012, para cerca de 6 milhões de episódios anuais em Portugal Continental (CNRRNEU, 2012). O mesmo relatório estima que a procura de cuidados de saúde, seja influenciada por fatores regionais. Foram estimados episódios de urgência por cada mil habitantes, dentro de cada ARS, sendo que é a do Norte que apresenta o rácio mais baixo, com cerca de 547,33 episódios por cada mil habitantes.

Analisando o serviço de urgência, dado o seu funcionamento 24 horas por dia, a proximidade que muitas vezes tem com grandes áreas de residência e o fato de assegurar cuidados a doentes sem acesso a outras redes de cuidados de saúde, torna o serviço mais exposto a uma utilização abusiva (Oliveira, 2006; Silva, 2009; Novo, 2010).

Para a realidade portuguesa, Pego (1998 cit. por Silva, 2009), acredita que a elevada procura destes serviços se deve a alguns fatores, tais como: (i) a iniciativa pessoal do utente, quer pela proximidade, facilidade de acesso e pela crença de que estes serviços oferecem um vasto leque de cuidados de saúde; (ii) utentes que são enviados pelo seu médico de família, devido à falta de meios complementares de diagnóstico e para que este possa, mais rapidamente, obter informações para o estudo de condições clínicas, ou por se tratar de uma via, relativamente fácil, para o internamento; e, (iii) a existência de idosos abandonados ou sem-abrigo ou utentes com doenças crônicas e/ou terminais que, apesar de padecerem de problemas de saúde e/ou sociais, não possuem critérios para a permanência neste tipo de serviços. Já Novo (2010), admite, num estudo realizado no distrito de Viana do Castelo, que, apesar do aumento de médicos generalistas, o SU continuava a ser utilizado como fonte de cuidados primários por parte dos utentes, principalmente por aqueles que não teriam sido referenciados anteriormente pelo médico de família.

Como é espelhado na literatura, grande parte dos utentes que recorrem ao SU fá-lo por livre iniciativa. Na maioria dos estudos empíricos realizados (Carret et al., 2011; Pereira et al., 2001; Oliveira, 2006; Oktay, Cece, Eray, Pekdemir Gunerli, 2003) uma grande parte destes utentes não apresentam situações de verdadeira urgência, podendo por isso ter recorrido a outros serviços da rede do SNS. O que se evidencia é não só uma resposta ineficaz e não direcionada dos cuidados de saúde primários, mas também uma grave falta de informação por parte dos utentes quer em termos de alternativas ao SU quer em termos de perceção real do estado de saúde: Assim, o comportamento excessivo por parte da população fez com que fossem instituídas várias reformas ao nível dos SU, com impacto nos vários serviços do SNS, com vista a normalizar o fluxo de utentes e melhorar a qualidade do serviço prestado (Silva, 2009).

## **1. 3 PROBLEMÁTICA DO USO ABUSIVO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

### **1.3.1 O conceito de utilização abusiva do Serviço de Urgência**

O acesso aos cuidados de saúde dá-se através de duas formas: a consulta, que envolve planeamento, e a urgência, que não envolve planeamento. “A facilidade que se tem vindo a verificar no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente às Urgências, tem provocado alguma desregulação pelo lado da procura, estrangulando a capacidade de resposta dos serviços” (Novo, 2010, p.1).

A inadequada utilização dos SU em Portugal, assim como na generalidade dos outros países desenvolvidos, não resulta apenas de um acesso facilitado, mas depende também, de outros fatores. Por exemplo: (i) a crença da população de que o tratamento recebido será de melhor qualidade, comparativamente com outros locais, e, concomitantemente, falta de confiança nos cuidados de saúde primários (CSP), (ii) altas hospitalares prematuras; (iii) descontinuidade de cuidados; e (iv) desorganização hospitalar (Oliveira, 2006). Novo (2010) refere que outro fator importante seria o fato de que existem ainda muitos utentes sem médico de família nalgumas zonas e a procura de uma consulta programada em tempo útil seria bastante dificultada, e noutras zonas existem médicos de família com listas mais curtas do que a média (OPSS, 2013). Este fenómeno social desequilibra o sistema, pois a procura excede, em muito, a oferta (Novo, 2010). A agravar o fenómeno, salienta-se o custo totalmente desproporcional entre um episódio de urgência (num SU) e uma consulta programada, sendo que o primeiro tem custos operacionais muito superiores (Novo, 2010). Na verdade, de acordo com o Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência e Emergência (CRRNEU, 2012), a maior parte dos profissionais de saúde acredita que quanto melhor fôr a relação entre os SU e os CSP, menor será o recurso da população ao primeiro. Na mesma ordem de ideias, na Lei de Bases da Saúde<sup>17</sup> está claramente especificado que os CSP são “o núcleo do sistema de saúde e, por isso, devem estar mais próximos dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, como principal via de acesso aos cuidados de saúde em geral, de forma mais eficiente, socialmente mais justa e solidária” (Novo, 2010, p.8).

Num estudo de Oliveira (2009) refere-se que a maior parte dos utentes que recorrem à urgência, fazem-no por livre iniciativa. Acrescenta-se ainda que “diversos estudos demonstram

---

<sup>17</sup> Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/1990 de 3 de Agosto. Diário da República, 1.ª Série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990, 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.

que a maioria não apresenta situações de verdadeira urgência, refletindo assim falta de informação ou ineficaz resposta nos cuidados de saúde primários” (Silva, 2009, p.22).

Segundo um estudo pioneiro realizado em Portugal no mesmo Hospital em que o presente estudo foi realizado, a percentagem de episódios abusivos foi de cerca de 31,3% (Pereira et al., 2001). Nesse estudo, definiu-se urgência adequada como “transferência de outro hospital, morte no serviço, hospitalização e realização de técnicas de diagnóstico e terapêutica”. Lowe et al.(1994), citados por Pereira et al. (2001, p.580), aprofundam estes critérios enunciando que para que se considere um episódio de urgência como adequado, este deverá ter como origem ou resultar em: “transferência de outra entidade médica, hospitalização, morte no SU, necessidade de exames de diagnóstico<sup>18</sup>, administração de fluidos endovenosos desde que para outro fim que não manter a permeabilidade do vaso, administração de oxigénio, administração no SU de medicação prescrita<sup>19</sup>, transfusões de sangue ou outros produtos semelhantes, tratamentos ortopédicos, tratamento de feridas<sup>20</sup> e remoção de corpos estranhos”(Lowe et al., 1994 cit por Pereira et al., 2001, p.582).

Num outro estudo de Carret, Fassa e Domingues (2009), em que foram analisados 31 artigos de vários países dos últimos 12 anos, foram encontrados, no entanto, resultados distintos. A taxa de episódios inadequados variou entre 20% e 40%. O estudo onde se encontrou menor taxa foi de o McCraig e Nawar (2006), referente aos Estados Unidos da América, com cerca de 12% de episódios inadequados. Por sua vez, o estudo que apresentou maior taxa de episódios inadequados foi o de Grill et al. (1996), também realizado nos Estados Unidos da América, onde se encontraram valores entre os 37% e os 91% (Carret, Fassa e Domingues, 2009). A variabilidade da taxa de visitas adequadas é tão alta devido à falta de consenso sobre os critérios a ter em conta. Assim, e por forma a que se obtenham resultados mais concordantes, utilizar-se-ão os mesmos critérios utilizados por Pereira et al. (2001), aquando da realização do seu estudo no mesmo país e hospital onde foi realizado o presente estudo.

Segundo Novo (2010), aquando da triagem de Manchester classificam-se como situações pouco urgentes as de cor verde ou não urgentes as resultantes em pulseira azul – ver Tabela 1 – pois não representam condições de saúde que exijam cuidados imediatos por risco de perda de vida ou lesão permanente. Em Portugal, estima-se que, em 2011, cerca de 40% dos

---

<sup>18</sup>À exceção de radiografias e exames a fluidos corporais de rotina pois são prática corrente na abordagem no SU. Como análises a fluidos corporais de rotina entende-se: contagem de células sanguíneas, eletrólitos, ureia sanguínea, creatinina, glucose, cálcio, análises à urina, teste de gravidez à urina e análise ao fluido vaginal (Pereira et al., 2001).

<sup>19</sup>À exceção da vacina antitetânica e analgésicos orais.

<sup>20</sup>À exceção de limpeza ou ligamento de lesões menores.

episódios de urgência fossem casos azuis ou verdes, e que os mesmos terão baixado para 30%/35% em 2012 (Borja-Santos, 2012). Assim, tais episódios, poderiam ser resolvidos noutra tipo de serviços de saúde (como, por exemplo, nos centros de saúde). Neste cenário, torna-se importante a avaliação da hora de entrada e dia da semana, pelo que estes poderão ser fatores determinantes para caracterizar o episódio de urgência, comparando o mesmo com os horários de funcionamento dos centros de saúde e dos Serviços de Atendimento de Situações Urgentes (SASU). Num estudo de Carret, Fassa e Kawachi (2007) é mesmo referido que a maior parte dos episódios inadequados de urgência, ocorrem nos períodos da manhã e tarde.

Na atualidade, o recurso desmedido à urgência diminuiu ligeiramente, não pela articulação de serviços ou pela educação da população, mas sim pela introdução de novas taxas de copagamento – as taxas moderadoras (Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU], 2012). Com a introdução das taxas moderadoras, pretendeu-se que, não só a procura fosse regulada, mas também que existisse um princípio de justiça social no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente quando no artigo 2º do Decreto-Lei n.º173/2003 se fala de isenções de pagamentos dessas mesmas taxas moderadoras (Novo, 2010), e mais tarde no Decreto-Lei n.º 128/2012, em que acrescenta ao mesmo, isenções para desempregados. O aumento das taxas moderadoras<sup>21</sup> ocorreu, em 2012, como mostra a tabela seguinte (Tabela 2)<sup>22</sup>.

Tabela 2:

*Evolução do valor das taxas moderadoras de 2006 a 2012*

Tipo de SU	Anos	2006	2009	2012
Hospital Central		8,50 €	8,40 €	20,00 €
Hospital Distrital		7,50 €	8,40 €	15,00 €
Centros de Saúde		3,30 €	3,70 €	10,00 €

Fonte: Adaptado de Barros (2012).

<sup>21</sup>Aprovado, e publicada em Diário da República, pela Portaria n.º 306-A/2011, pelo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro.

<sup>22</sup>No presente ano de 2013, ocorreu uma atualização das taxas moderadoras de acordo com a taxa de inflação relativa ao ano civil anterior, tal como previsto na Circular Normativa NR 05/2013, em que o valor da taxa moderadora para o SU se fixa nos 20,56€ (ACSS, 2013).



Apesar do aumento substancial do valor das taxas moderadoras, existiu sempre a preocupação em manter a taxa moderadora paga em cuidados de saúde primários, mais baixa, para promover o uso deste serviço e afastar os utentes dos SU (Barros, 2012).

No entanto, e apesar de significativa, a diminuição dos episódios – em cerca de 10% o que equivale a cerca de 1800 episódios por dia (Borja-Santos, 2012) – pode ainda ser melhorada através da educação da população alvo.

Existem vários estudos realizados acerca desta temática, referentes a vários países. Existem autores que se focaram no seu país, como é o caso de Pereira et al. (2001), que realizaram o estudo em Portugal, ou Oktay et al. (2003), que o realizaram na Turquia. Existem, também, estudos que abrangem uma série de realidades diferentes como é o caso de Novo (2010) e de Carret, Fassa e Domingues (2009) que analisaram 31 estudos de países como os Estados Unidos da América, Canadá, Espanha, Reino Unido, México e outros. Analisando todos os estudos pode verificar-se que apesar das realidades em termos de sistemas de saúde ser completamente distinta<sup>23</sup>, foram encontradas demasiadas semelhanças com Portugal e outros países Europeus e mesmo fora da Europa, no que toca ao sobreuso dos SU. Na maioria destes estudos é defendido que, só com a responsabilização e consciencialização dos doentes, em termos do quanto custa um episódio de urgência e quando recorrer aos SU, se poderá combater este fenómeno. Acrescentam ainda, que as próprias equipas de emergência deverão desenvolver protocolos com vista ao uso apropriado destes serviços e que os mesmos devem ser divulgados às restantes equipas, prestadores de cuidados, e doentes (Novo, 2010).

### **1.3.2 Campanhas de sensibilização**

#### ***1.3.2.1 Conceito e meios de comunicação***

De acordo com a Infopédia (2013), sensibilizar significa “1. tornar sensível; tocar a sensibilidade de (...); 2. chamar a atenção para; impressionar; alertar; 3. tornar sensível à ação de (agente interno ou externo) (...); 4. tornar-se sensível, consciente”.

De fato uma campanha de sensibilização é composta por vários fatores e assenta em vários princípios de saúde, como sendo a educação e a informação da população. A

---

<sup>23</sup>Nos EUA os cuidados de saúde funcionam, essencialmente, através de seguros privados e não existe um sistema de saúde público a funcionar à semelhança do caso português.

educação/informação da população face a comportamentos de saúde reporta ao tempo em que a maior parte dos problemas de saúde sociais eram devido a epidemias. Por isto, a educação feita à população incidia sobre hábitos de higiene e mudança de comportamentos de risco (Roecker & Marcon, 2011). Hoje a educação para a saúde visa “preparar o indivíduo para buscar melhores condições de vida, sendo estimulado a tomar decisões e a exercer a autonomia sobre a sua própria vida” (Roecker & Marcon, 2011, p.702).

Segundo Oliveira et al. (2007), o potencial da comunicação alienada à saúde, surge na década de 80, altura em que vários eventos políticos, nomeadamente debates, se centraram no binómio comunicação-saúde.

A saúde comunitária, salienta-se no seu potencial preventivo. A população é “esclarecida/informada quanto à necessidade, por exemplo, de acesso aos mecanismos determinantes de (ou que favoreçam) estados ideais de saúde, sendo os meios de comunicação potentes veículos na efetivação desse propósito” (Oliveira et al., 2007, p.288). Na verdade, é comum encontrar-se nos centros de saúde, local onde a saúde comunitária se encontra mais presente, cartazes, panfletos e demais meios de comunicação alusivos a comportamentos preventivos ou mesmo formas de atuação em caso de determinado problema de saúde. Todos os anteriores são efetivamente formas de comunicação. Fato que, no entanto, é ignorado pela maior parte da população que vê os meios de comunicação apenas como jornais, rádios e emissões televisivas (Oliveira et al., 2007).

Face à problemática referida, o fabrico desses meios de comunicação tem que ser pensado, e realizado, com um enfoque bem definido em termos de tipo de abordagem a selecionar e à população para que é direcionada a campanha de sensibilização. Segundo Oliveira et al. (2007, p.288), “o comportamento final do indivíduo, contudo, será, em muito, influenciado pela sua capacidade (e a forma) de compreensão”. Ora, sabe-se que tal forma de compreensão depende de fatores que não se podem controlar, como fatores socioculturais e fatores “imaginários”, ou seja, que dependem da própria compreensão. Assim, torna-se absolutamente necessário diminuir todos os fatores influenciadores de uma boa compreensão, que se podem realmente controlar, como sendo, por exemplo, a linguagem.

Tome-se, como exemplo, um cartaz alusivo ao uso do preservativo, sendo o público alvo os profissionais de saúde e os utentes. O objetivo é sensibilizar tais profissionais para que incentivem os utentes ao uso do preservativo e sensibilizar diretamente os utentes para que o utilizem. Pretende-se, com a discussão sobre a problemática da linguagem nas campanhas de sensibilização, chamar a atenção para o fato do cartaz não poder ser o mesmo para os dois

tipos de população alvo. Dado o tipo de população com características tão diferentes, a linguagem nunca estará adequada para ambas. Será demasiado simples para os profissionais de saúde ou demasiado científica para a população leiga no assunto. Na mesma ordem de ideias, salienta-se como outro fator determinante para a aceitação de uma campanha de saúde, por ambas as partes, a sua compreensão. Assim, o resultado da divulgação de um cartaz único seria, provavelmente, uma fraca adesão ao mesmo.

O binómio saúde-comunicação revela-se como tendo extrema importância no que toca à adoção individual de boas práticas com vista à prevenção de doenças e recuperação da saúde. No entanto pode tornar-se um fator de dificuldade, no caso da comunicação não ser totalmente direcionada para a população em questão (Oliveira et al., 2007). Assim, também os autores supracitados destacam a importância de conhecer e estudar, aprofundadamente, a população em questão, sob pena de, caso este estudo prévio não ser realizado, ser difícil levar a cabo campanhas de saúde junto a determinadas populações.

Pode concluir-se que o objetivo primordial de uma campanha de sensibilização é conseguir que a população, após lhe ser fornecida informação e após a mesma ser compreendida, consiga realizar escolhas de forma livre e consciente, por forma a que a mesma se torne preocupada com os interesses sociais, nomeadamente aqueles de ordem económica relacionados com a escassez de recursos (Roecker & Marcon, 2011).

### ***1.3.2.2 A importância da aplicação de campanhas de sensibilização nos serviços de urgência***

A problemática do uso abusivo dos SU é um assunto que deve ser discutido sob várias perspetivas. No entanto, essa não é uma responsabilidade para ser assumida, apenas e só, pelo Estado ou pelos profissionais de saúde. É absolutamente prioritário que os próprios utentes tenham conhecimento do que é um SU, qual o seu objetivo e que o mesmo não deve “ser encarado como um acesso facilitador aos cuidados de saúde, pois na realidade não o é” (Novo, 2010, p.12).

Segundo o Relatório da CRRNEU de 2012, em 2010 foram registados cerca de 593,14 episódios de urgência por cada 1.000 habitantes e, desses, apenas 54% dos casos foram considerados como urgentes, muito urgentes ou emergentes - esta classificação é fornecida de acordo com a triagem de Manchester, pelas cores vermelho, laranja e amarelo respetivamente. De fato, “o cidadão incorporou expectativas e comportamentos, como exigência de atenção

imediata, utilização de serviços sem triagem prévia e referenciação clínica, exigência de atendimento personalizado e de informação e utilização do SU como serviço de atendimento continuado não urgente, que pesam no funcionamento do SU” (CRRNEU, 2012, p.8).

Juntamente com este fenómeno, salienta-se a problemática do cenário de crise económica em que Portugal está inserido, e que conta com cortes orçamentais assim como imposições de redução de despesa. Segundo Barros (2012), o orçamento para 2012, no setor da saúde, contou apenas com 7.664 milhões de euros face aos 8.252 milhões de 2011. No presente ano de 2013, o orçamento de Estado para a Saúde<sup>24</sup> é de 7.873 milhões. Apesar da ligeira subida de verbas, denota-se ainda uma diminuição face a anos anteriores o que, como foi já espelhado na comunicação social, se traduz em lapsos de material e pessoal nas várias instituições de saúde do país, o que prejudica claramente a prestação de cuidados de excelência.

É necessário, por isso, dar especial importância ao padrão assistencial dos SU, considerando as expectativas do cidadão. Torna-se, por isso, fundamental conhecer a procura dos serviços de saúde, “os fatores a ela inerentes, a sua tipologia e as características dos utentes assim como os seus padrões de utilização” (Novo, 2010, p.18).

De forma a melhor resumir este capítulo, que serve como enquadramento teórico da problemática em estudo, apresenta-se, de seguida, um mapa conceptual que contextualiza os principais aspetos teóricos em análise.

---

<sup>24</sup>Aprovado na Assembleia da República no dia 31 de Dezembro de 2012, conforme o descrito na Lei n.º66-B/2012.

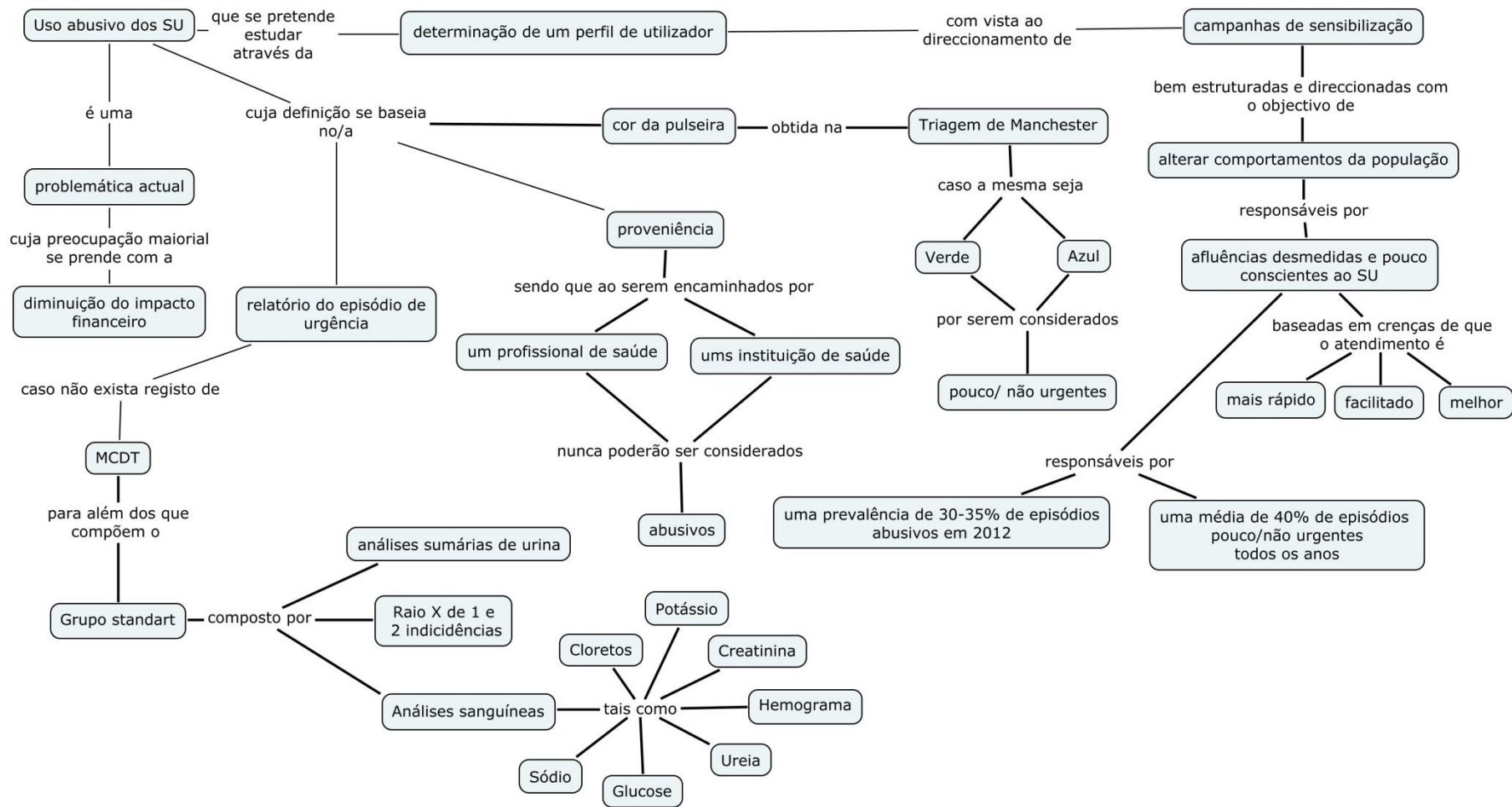


Figura 2. Mapa Conceptual do Enquadramento Teórico.

**CAPÍTULO II**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DO UTILIZADOR**  
**ABUSIVO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

## **2.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

O objetivo deste projeto de investigação é identificar o perfil do utilizador abusivo dos SU em Portugal, e perceber de que forma isso é importante para direcionar campanhas de sensibilização relativas a este tipo de comportamento. Este capítulo está dividido em duas grandes partes. Na primeira são identificadas, apresentadas e explicadas a base de dados e variáveis que a compõem e a metodologia de recolha da informação estatística. É ainda apresentada e explicada a metodologia econométrica para obtenção dos resultados empíricos do trabalho de investigação. Numa segunda parte é aplicada a metodologia econométrica e são apresentados e discutidos os resultados da mesma.

### **2.1.1. Base de dados e enquadramento institucional da sua recolha**

Traçar o perfil socioeconómico do utilizador abusivo dos serviços de urgência implica identificar e quantificar como diferentes características individuais, sociais, económicas e clínicas dos utentes do serviço de urgência concorrem para uma situação de utilização abusiva do serviço. Assim, tendo como população alvo os utilizadores dos serviços de urgência de adultos (maiores de 18 anos) do Hospital de São João no Porto, cujos episódios de urgência se considerem abusivos (pelos critérios definidos no capítulo anterior deste trabalho de investigação), foram recolhidos dados administrativos individuais referentes a género, idade, hora e dia de entrada, área de residência, cor da pulseira, sistema de saúde e isenção de taxas moderadoras. Foram também recolhidas informações relativas à proveniência institucional, especialidade médica e MCDTs. Algumas destas variáveis foram subdivididas em categorias, que serão descritas mais abaixo no ponto 2.1.2.

A seleção da população-alvo e variáveis em estudo foi realizada após revisão bibliográfica. Foi selecionado um hospital central - Hospital de São João. A escolha de um Hospital Central prendeu-se com vários fatores já analisados neste trabalho, como o fato de estes serem centrais e de fácil acesso a toda a população, oferecerem um vasto e completo leque de cuidados de saúde, exames e métodos complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) e especialidades clínicas, o que, tal como foi descrito, pode influenciar a procura de cuidados de saúde pela população, e dessa forma, aumentar a abusividade (Silva, 2009; Pereira et al., 2001; Carret, Fassa & Domingues, 2009; Eira, 2010). Foi escolhido o serviço de urgência de adultos, pois pressupõe-se que, neste serviço, o recurso à urgência tenha sido voluntária e consciente, dado que a idade mínima de entrada é de 18 anos.

Os dados administrativos foram solicitados ao hospital tendo sido realizado um pedido de autorização para utilização dos mesmos à Comissão de Ética da referida instituição. Como se pretendia a utilização de informação administrativa referente ao episódio de urgência, poderiam ser levantadas algumas questões éticas, nomeadamente a exposição de informações confidenciais acerca dos utilizadores. Reconhecendo a importância destes aspetos, refere-se que no trabalho de investigação aqui desenvolvido existe o compromisso de ter em atenção e respeitar todos os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

A amostra deste estudo compreende todos os indivíduos com idade superior a 18 anos, que tenham dado entrada na Urgência Geral do Hospital de São João no Porto. De fato, o local de admissão do utente é a Urgência Geral de Adultos do Hospital de São João. A designação serve apenas para diferenciar os utentes da Urgência Geral, da Pediatria, da Ginecologia/Obstetrícia e da Urgência de Valongo - Hospital que pertence ao Centro Hospitalar São João. Adicionalmente, outro critério de seleção dos utentes aos utentes que foram admitidos entre as 00h:00m do dia 1 de Novembro de 2012 e o as 23h:59m do dia 30 de Abril de 2013. Excluem-se todos os indivíduos que no mesmo período de tempo tenham dado entrada neste serviço, mas que tenham no entanto sido observados primeiramente e/ou apenas por Oftalmologia, Otorrinolaringologia ou Obstetrícia. Justifica-se o mesmo pelo fato de a entrada pelo SU dos doentes para estas especialidades, ser na sua maioria das vezes um processo *standart* para consulta médica e não um verdadeiro episódio de urgência. Dessa forma, optou-se por retirar da amostra todos estes casos.

De acordo com Carret, Fassa e Kawachi (2007), o típico paciente que procura abusivamente os SU será mulher, jovem e não foi referenciado por outro profissional de saúde para procurar estes serviços- não se enquadra em transferência entre serviços de saúde, ou seja, dirigiu-se ao mesmo voluntariamente. De acordo com Pereira et al. (2001), o fator sexo é de fato um fator modificador da procura inadequada destes serviços, dado que a maior parte são mulheres, indo de encontro ao que foi referenciado pelos autores anteriores. Também Carret, Fassa e Domingues (2009), revelam num estudo referente à realidade brasileira, que, de fato, a maior parte dos episódios inadequados no SU são referentes a pacientes do sexo feminino. No entanto, será necessário apurar qual a realidade existente em Portugal, no momento. e, por isso, a seleção de um conjunto de variáveis distintas que caracterizem os utentes demográfica, social, económica e clinicamente. Tais variáveis, que foram compiladas a partir de ficheiros distintos e que deram origem à base de dados aqui utilizada, são identificadas na secção seguinte.



## 2.1.2 Identificação e descrição das variáveis em estudo

As variáveis em estudo, neste trabalho de investigação, apresentam-se sumariadas na Tabela 3.

Tabela 3

### *Apresentação e descrição das variáveis em estudo*

Grupo de variáveis	Variáveis	Descrição das variáveis
Utiliza	Abusiva	Caso o Utente utilize o SU de forma abusiva, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Não Abusiva	Caso o Utente utilize o SU de forma não abusiva, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Género	Feminino	Caso o Utente seja do sexo feminino, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário
	Masculino	Caso o Utente seja do sexo masculino, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário
Idade	18-30	Caso o Utente tenha entre 18 e 30 anos, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	31-60	Caso o Utente tenha entre 31 e 60 anos, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	>60	Caso o Utente tenha mais de 61 anos, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Área de Residência	Amarante	Caso o Utente seja de Amarante, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Baião	Caso o Utente seja de Baião, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Felgueiras	Caso o Utente seja de Felgueiras, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Gondomar	Caso o Utente seja de Gondomar, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Lousada	Caso o Utente seja de Lousada, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Maia	Caso o Utente seja de Maia, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Marco de Canaveses	Caso o Utente seja de Marco de Canaveses, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Matosinhos	Caso o Utente seja de Matosinhos, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Paços de Ferreira	Caso o Utente seja de Paços de Ferreira, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Paredes	Caso o Utente seja de Paredes, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Penafiel	Caso o Utente seja de Penafiel, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Porto	Caso o Utente seja de Porto, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Póvoa do Varzim	Caso o Utente seja de Póvoa do Varzim, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Santo Tirso	Caso o Utente seja de Santo Tirso, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Trofa	Caso o Utente seja de Trofa, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Valongo	Caso o Utente seja de Valongo, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Vila do Conde	Caso o Utente seja de Vila do Conde, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Vila Nova de Gaia	Caso o Utente seja de Vila Nova de Gaia, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Outros concelhos	Caso o Utente seja outros concelhos externos ao Porto, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Isenção	Isenção	Caso o Utente seja isento do pagamento de taxas moderadoras , a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Não Isenção	Caso o Utente não seja isento do pagamento de taxas moderadoras , a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Cor da pulseira	azul	Caso o Utente obtenha uma pulseira de cor azul, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	verde	Caso o Utente obtenha uma pulseira de cor verde, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	amarelo	Caso o Utente obtenha uma pulseira de cor amarelo, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	laranja	Caso o Utente obtenha uma pulseira de cor laranja, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Meses	Novembro 2012	Caso o episódio ocorra no mês de Novembro de 2012, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Dezembro 2012	Caso o episódio ocorra no mês de Dezembro de 2012, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Janeiro 2013	Caso o episódio ocorra no mês de Janeiro de 2013, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Fevereiro 2013	Caso o episódio ocorra no mês de Fevereiro de 2013, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Março 2013	Caso o episódio ocorra no mês de Março 2013, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Abril 2013	Caso o episódio ocorra no mês de Abril de 2013, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Hora do Episódio	Dia	Caso o episódio ocorra no período do Dia, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário. (Assume-se como Dia o período das 08h às 20h)
	Noite	Caso o episódio ocorra no período da Noite, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário. (Assume-se como Noite o período das 20h às 08h)
Data do episódio	Semana	Caso o episódio tenha ocorrido à semana, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Fim-de-semana	Caso o episódio tenha ocorrido ao fim-de-semana, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
Tipo de sistema de saúde	SNS	Caso o utente seja abrangido pelo SNS, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	ADSE	Caso o utente seja abrangido pela ADSE, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.
	Outros	Caso o utente seja abrangido por outro sistema de saúde, a variável assume o valor 1, 0 em caso contrário.

Na tabela anterior é apresentada a abreviatura porque será designada a variável e é apresentada uma pequena descrição da mesma. Para uma melhor compreensão de cada uma das variáveis é, de seguida, apresentada uma descrição mais exaustiva das mesmas.

- a) Número de identificação - número interno cedido pelo Serviço de Informática da instituição que permitiu interligar as várias bases de dados cedidas. Este número é igual para cada episódio de urgência, permitindo que se associem dados provenientes de vários programas informáticos para uma informação mais completa.
- b) Data de admissão - correspondente a um intervalo temporal de 6 meses ininterruptos desde o dia 1 de Novembro de 2012 até 31 de Março de 2013. A escolha deste intervalo foi realizada por forma a compreender duas épocas problemáticas em termos de afluência ao SU, a época das gripes e a época das alergias, ambas associadas a estações do ano, sendo que a primeira à entrada do tempo frio (Outono) e a segunda à Primavera. Também se analisa a data de entrada em duas categorias: semana e fim-de-semana. Pretende-se perceber qual é a diferença de utilização, tendo em conta também o horário de funcionamento dos CS. No único estudo realizado em território nacional, e que vem sendo referenciado ao longo deste trabalho de investigação (Pereira et al., 2001) observou-se que a diferença entre a utilização dos SU durante a semana e o fim de semana era esmagadora. Cerca de 84,7% das entradas ocorreram durante os dias de semana, altura em que os CS e demais serviços de apoio, se encontram abertos. Este fato, por si só, deveria diminuir a afluência ao SU (Pereira et al., 2001).
- c) Hora de admissão - que corresponde à hora registada como sendo de entrada do paciente. A hora de admissão divide-se em dois grupos: dia (08h às 20h) e noite (20h às 08h). Esta divisão foi feita com base na hora de funcionamento dos CS. Após as 20h existem unidades abertas, no entanto são em menor número e por isso poderão atender menos utentes (SASU). A divisão foi ainda realizada com base no estudo realizado por Pereira et al. (2001). Os autores encontraram diferenças na utilização do SU tendo em conta a hora de entrada no SU. Cerca de 90,4% dos episódios ocorreram entre as 8 da manhã e a meia-noite, contra apenas 9,6% de episódios que ocorreram entre a meia-noite e as 8 da manhã. Ora, grande parte desta mancha horária – 8 da manhã até à meia-noite - coincide com o horário de abertura dos CS o que espelha que, mesmo existindo a possibilidade de recorrer ao CS, o utente tipo prefere dar entrada no SU;
- d) Isenção de taxas moderadoras - um dos acordos realizados entre o governo Português e a Troika implicou a tomada de medidas que visam reestruturar o SNS e, dessa forma,

reduzir despesas. Nesta categoria salienta-se, entre outras medidas, um aumento das taxas moderadoras que entrou em vigor em 2012 (Ver Tabela 2 no capítulo anterior). No entanto, com o aumento destas mesmas taxas, tornou-se necessário rever o regime de isenções das mesmas, como descrito no Decreto-Lei n.º 113/2011 de 19 de Novembro, passando alguns grupos a estar isentos de qualquer pagamento em qualquer tipo de serviço de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011)<sup>25</sup>. Segundo Barros (2012), estima-se que cerca de 70% da população será abrangida por estas exceções, seja de forma total ou parcial. Num país com cerca de 10 milhões de habitantes, com comportamentos notórios de procura excessiva de cuidados de saúde, existem ainda cerca de 7 milhões que de alguma forma não contribuem para o abate da despesa que criam ao SNS. Pretende-se, por isso, estudar de que forma a isenção (ou não) influencia um utente a procurar mais ou menos cuidados de saúde.

- e) Subsistema de saúde - no estudo português supracitado (Pereira et al., 2001), concluiu-se que a percentagem de utentes que visitaram o SU, estando abrangidos pelo SNS seria de 88,5%. No entanto, este é um resultado que pode não espelhar a verdadeira realidade pois os funcionários públicos que são beneficiários da ADSE ou de outro qualquer subsistema, podem também usufruir do SNS, o que não permite perceber qual será a percentagem de utentes que apenas usufruem do SNS.
- f) Cor da pulseira -a cor da pulseira de entrada, como descrito anteriormente, espelha a urgência da situação em termos de tempo de espera até ao atendimento. Optou-se por se excluírem todas as entradas com pulseira vermelha pois considera-se que todas essas seriam entradas urgentes e por isso não seriam consideradas como abusivas<sup>26</sup>.
- g) Idade - no estudo realizado por Pereira et al. (2001), dividiram-se os pacientes que deram entrada num SU em duas categorias de idades, até aos 60 anos inclusive e com idade superior ou igual a 61 anos. Verificou-se posteriormente que cerca de 75,5% dos utentes teriam até 60 anos inclusive. Neste estudo de investigação será analisada a

---

<sup>25</sup>Neste grupo incluem-se: a) as grávidas e parturientes; b) as crianças até aos 12 anos de idade, inclusive; c) Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; d) Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar; e) Os dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários; f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários; g) Os bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares; h) Os doentes transplantados; e, i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.

<sup>26</sup>Note-se que a introdução desta cor de pulseira poderia enviesar os resultados estatísticos já que o que se pretende é avaliar a abusividade da utilização em casos em que a urgência poderá não ser comprovada.

idade considerando o mesmo critério e utilizando a variável como uma variável contínua.

- h) Sexo - ainda no estudo de Pereira et al. (2001) as diferenças encontradas em termos de género não são por si só reveladoras. Na amostra analisada, 48,6% seriam homens e 51,4% mulheres.
- i) Local/Área de residência - a proximidade de um SU, dita de uma forma preponderante a facilidade com que os utentes se deslocam ao mesmo. Interessa, por isto, perceber de que área de residência se torna mais comum o episódio abusivo no SU. As áreas serão divididas em concelhos do Porto, 18 concelhos, e outros.

A seleção dos episódios abusivos faz-se tendo em consideração três variáveis que, não sendo analisadas diretamente, são fundamentais para a identificação de situações abusivas e não abusivas. Estas variáveis são: MCDT's, proveniência institucional<sup>27</sup> e a que se refere à 1ª Especialidade Médica<sup>28</sup>.

Apesar da definição de uso abusivo não ser, de todo, unânime, (O'Brien, Shapiro, Fagan, Woolard, O'Sullivan & Stein, 2002), parece haver um consenso entre estudos onde se acredita que qualquer utente que entre no SU, e não seja submetido a qualquer MCDT, ou que seja submetido a algum que faça parte de um determinado grupo (designado Grupo 1) considerado procedimento *standart*, deve ser considerado como utilizador abusivo. Após a leitura de alguns artigos (Carret, Fassa & Domingues, 2009; Pereira et al., 2001; Oktay et al., 2003) chegou-se a um grupo de MCDT's considerados como *standart*. No entanto cada país e cada hospital acaba por ter a sua forma própria de trabalhar, de acordo com o tipo de doentes que recebem. Assim, e após informações fornecidas pela própria instituição, chegou-se à conclusão de que o Grupo 1 de MCDT's *standart* no SU do Hospital de São João seria composto por: (i) exames do tipo Raio X do Tórax com 1 e 2 incidências; e, (ii) análises como Hemograma, Creatinina, Ureia, Glucose, Sódio, Potássio e Cloretos no sangue e análise sumária de urina. Desta forma, todos os outros exames realizados, sejam eles de imagem ou análises a fluidos, serão

---

<sup>27</sup>Proveniência institucional, com que se pretende perceber se os utentes do SU foram encaminhados, para o mesmo, por alguma instituição de saúde ou se vieram do exterior – utentes que não tiveram qualquer encaminhamento e a visita foi da sua inteira responsabilidade. Não se consideram abusivos, utentes que se dirigam ao SU sem condição de saúde que o justifique ou que não realizem qualquer exame médico, se os mesmos foram encaminhados por uma instituição ou profissional de saúde. Nesses termos, o uso abusivo seria realizado por parte dos profissionais de saúde sendo destes a responsabilidade da visita

<sup>28</sup>O recurso a esta variável prende-se com um fato já mencionado acima, em que se excluem todos os indivíduos que tenham sido observados primeiramente por Oftalmologia, Otorrinolaringologia e/ou Obstetrícia. Justifica-se o mesmo pelo fato de a entrada pelo SU dos doentes para estas especialidades, ser na sua maioria das vezes um processo *standart* para consulta médica e não um verdadeiro episódio de urgência. Dessa forma, optou-se por retirar da amostra todos estes casos.

considerados num outro grupo (Grupo 2) e, por não serem considerados exames *standart*, pode concluir-se que os utentes que os façam, não terão à partida um uso abusivo do SU.

A análise sumariada na variável “1ª especialidade médica”, serviu para que se conseguissem despistar alguns episódios abusivos falseados. Pelo fato da entrada pelo SU ser um método fácil e rápido de entrada no Hospital, sem a necessidade de marcação de consulta ou espera de vaga, muitos clínicos recebem os “seus doentes” através deste meio. Especialidades como a Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ginecologia/Obstetrícia, são, de acordo com as informações fornecidas pela instituição, na sua grande parte, falsos episódios de urgência. Desta forma, considerou-se mais correto retirar estas entradas da base de dados de forma a não falsear os resultados.

### 2.1.3 Metodologia econométrica de análise

Nos últimos anos tornou-se comum a difusão da utilização do modelo de regressão logística, ou *logit*-, não só em áreas da saúde (de onde são originários e onde primeiro foram aplicados, como é o caso do trabalho de Berkson (1944)), ou diretamente ligadas a esta, como em outras áreas do conhecimento científico, por exemplo a gestão e a economia, em particular a economia da saúde (Cramer, 2003; Jones, Rice, d’Uva & Balia, 2007).

Também, neste caso, o modelo econométrico, para a análise dos dados estatísticos, a utilizar será o de regressão logística. De fato, no caso do presente estudo a variável que se pretende explicar – comportamento abusivo – apresenta dois resultados possíveis – comportamento efetivamente abusivo e ausência de tal comportamento. Ora, o modelo de regressão logística tem como base a natureza dicotómica das variáveis dependentes em estudo (Hosmer & Lemeshow, 2000). Neste modelo, as variáveis dependentes assumem dois valores, um (1) ou zero (0), se o resultado se verifica ou não se verifica, respetivamente.

A função logística  $P(z) = \frac{e^z}{1 + e^z}$ , representada graficamente por uma curva em forma de S, apresenta valores num intervalo entre 0 e 1 e encontra-se na base do modelo de regressão logística permitindo o cálculo do *logit*, sendo este o inverso da função logística. Assumindo  $\ln$  como representativo do logarítmo natural, tem-se que:

$$\text{logit}(p) = \frac{\ln p}{1-p} = Z \quad (1)$$

Por sua vez o modelo de regressão linear simples (univariado) é caracterizado pela presença de uma variável explicativa:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \varepsilon \quad (2)$$

Enquanto o modelo de regressão linear múltiplo (multivariado) apresenta duas ou mais variáveis explicativas:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon \quad (3)$$

Sendo que Y é uma variável dicotômica, assumindo valores 0 (Y=0) se o fenómeno em estudo não ocorre, e 1 (Y=1) se o fenómeno ocorre,  $\beta_0$  é o coeficiente de termo constante,  $\beta_i$ , com  $i = 1, 2, \dots, n$ , é o coeficiente da variável independente  $X_i$ , refletindo a influência de cada variável explicativa em relação à probabilidade de interesse (normalmente,  $p = \text{Prob}(Y=1)$ ) e  $\varepsilon$  é o termo de erro estocástico (Jones et al., 2007; Hosmer & Lemeshow, 2000).

Transpondo para a regressão logística, tem-se para o modelo multivariado:

$$Y = \text{logit}(p) = \frac{\ln p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon \quad (4)$$

Sendo que  $p = \text{Prob}(Y=1)$  e  $p/(1-p)$  o rácio da probabilidade, ou *odd.ratio* como é habitual surgir na literatura internacional.

Tendo em conta o modelo, a probabilidade é estimada pelas expressões que se seguem:

$$p = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n}} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n)}} \quad (5)$$

Onde  $\beta_i$ , com  $i = 1, 2, \dots, n$ , são os coeficientes estimados pelo modelo de regressão logística.

Os coeficientes estimados fornecem uma estimativa do logaritmo natural do *odd ratio* ajustado para todas as variáveis incluídas no modelo, permitindo desta forma a estimação directa deste indicador através de  $e^{\beta_i}$  (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Para a identificação de um perfil será então estimado um modelo probabilístico de máxima verosimilhança através da adoção da metodologia *logit*. A metodologia permite identificar quais as variáveis que influenciam uma utilização abusiva do serviço e quantificar o impacto de cada uma destas características na probabilidade de um utente apresentar um comportamento abusivo. A estimação será realizada com o apoio do *software* econométrico GRETL<sup>29</sup>.

No final deste estudo, é esperado que se consiga caracterizar o perfil socioeconómico do utilizador abusivo dos SU em Portugal. Identificando e quantificando qual a relação de determinados fatores e características com o uso abusivo dos SU, espera-se que seja possível o desenvolvimento de campanhas de sensibilização muito mais especializadas e direcionadas para a população em questão, com o intuito de diminuir as entradas inadequadas nestes serviços, melhorar o seu funcionamento e, concomitantemente, os cuidados prestados.

Seguindo a mesma linha de orientação do capítulo anterior, apresenta-se o mapa conceptual que orienta a aplicação empírica orientando toda a metodologia de investigação.

---

<sup>29</sup><http://gretl.sourceforge.net/>

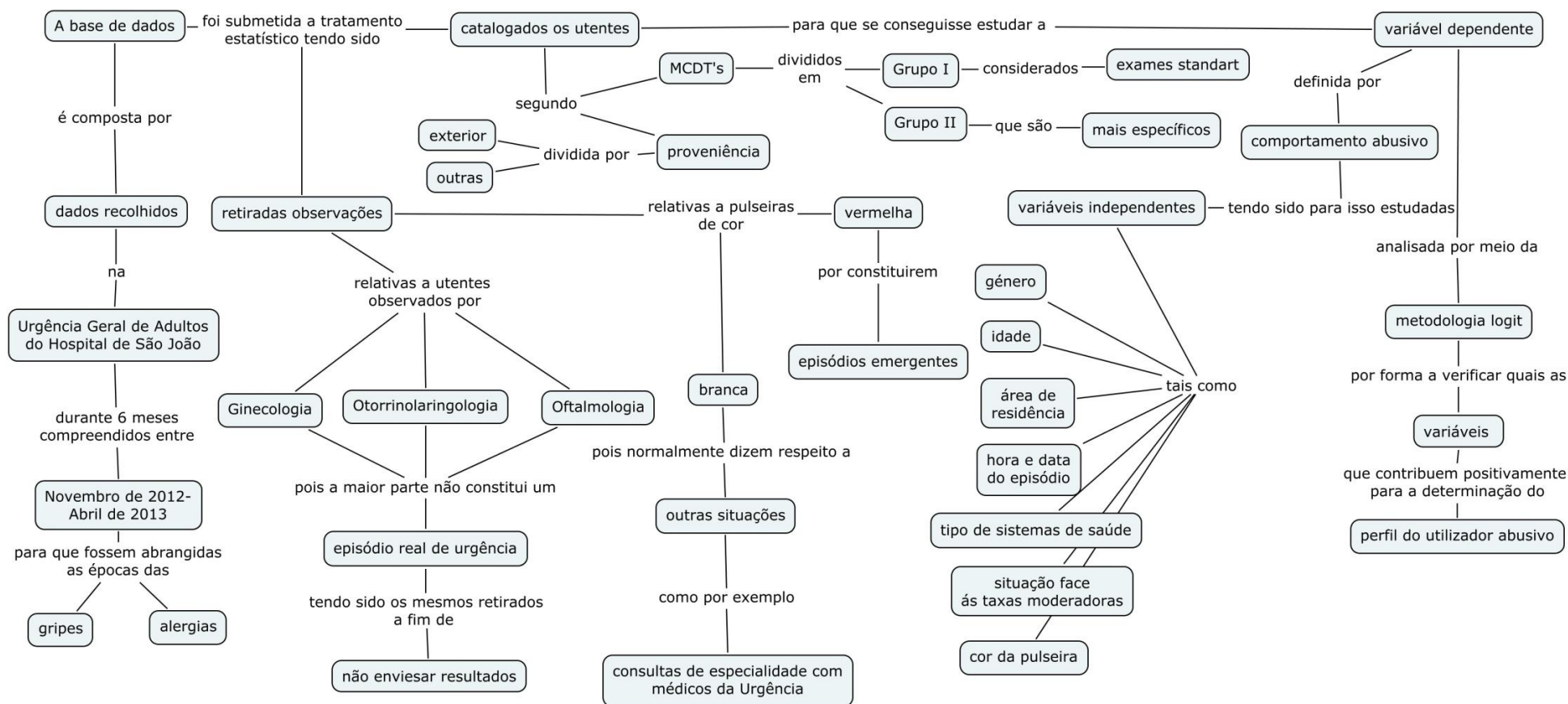


Figura 3. Mapa Conceptual de apoio à aplicação empírica.



## 2.2 ANÁLISE UNIVARIADA

A variável que se pretende explicar ao longo deste trabalho de investigação refere-se ao comportamento abusivo dos utentes que recorrem ao serviço de urgência de um hospital central. Para atingir tal objetivo foi recolhida informação sobre um conjunto de episódios de urgência ocorridos entre Novembro de 2012 e Abril de 2013, na Urgência Geral do Hospital de São João, tendo em conta os episódios com pulseira de cor azul, verde, amarela e laranja. Suprimiram-se os episódios com pulseira de cor vermelha, pois como casos urgentes que são, não se podem considerar como abusivos, e ao incluir esses casos no estudo poderia resultar num enviesamento de resultados.

Assim, na Tabela 4 apresenta-se a distribuição, absoluta e relativa, de episódios de urgência por tipo de utilização – abusiva e não abusiva - tendo em conta a definição apresentada nas secções anteriores para o tipo de comportamento abusivo. O somatório dos dois tipos de comportamento fornece o número total de episódios analisados neste trabalho de investigação empírica. A variável que se tentará explicar ao longo do trabalho é a que se refere ao comportamento abusivo dos utentes quando recorrem ao SU.

Tabela 4:

*Distribuição, absoluta e relativa, de episódios de urgência, por tipo de utilização.*

Tipo de utilização do SU		Abusiva	Não Abusiva	Total
Observações	Nº	36.161	23.442	59.603
	%	60,67	39,33	100,00

Na tabela acima, pode verificar-se que o maior número de episódios de urgência se caracteriza como correspondendo a uma utilização abusiva. Cerca de 60,67% dos episódios de urgência, no período de 6 meses estudado, são considerados abusivos. Este valor corresponde a 36.161 episódios. Num total de 59.603 episódios de urgência aqui considerados.

A primeira aproximação a uma explicação para a ocorrência de episódios abusivos no SU refere-se realiza-se através da aplicação de uma análise univariada. A utilização abusiva será

explicada por cada uma das potenciais variáveis explicativas isoladamente, de forma a compreender se cada uma dessas variáveis, sem intervenção de outras, pode influenciar o comportamento abusivo e, sempre que o influenciar, de que forma o faz.

Para iniciar a análise univariada apresenta-se a estimação univariada para a variável género, a variável idade (aqui analisada de forma contínua) e a variável correspondente à isenção, ou não, de pagamento de taxas moderadoras. Antes de apresentar os resultados da estimação univariada apresentam-se alguns indicadores de estatística descritiva para as três variáveis indicadas. A Tabela 5 apresenta a distribuição de episódios de urgência por género e por situação face ao pagamento de taxa moderadora. Neste trabalho, escolhe-se como variável de referência, o género feminino, porque de acordo com a bibliografia revista, as mulheres são quem mais recorre ao SU, como descrito no estudo de Pereira et al. (2001), em que cerca de 51,4% dos utentes do SU eram mulheres. Também no estudo de Carret, Fassa e Domingues (2009), em que foram revistos, como já foi dito, cerca de 31 estudos, alguns estudos reportam para a maior probabilidade de existirem mulheres nos episódios abusivos, tais como os de Petersen et al. (1998) -60%- , Sarver et al.(2002) – 44%- e Oterino et al. (1999) – 49%.

As tabelas 6 e 7 apresentam os resultados dos principais indicadores de localização estatística para a variável idade. A análise é realizada utilizando a variável na sua forma contínua – tabela 6 e considerando a divisão dos utentes em três faixas etária, como descrito na Tabela 7. Esta divisão pretende agrupar os utentes em três categorias: população jovem, adulta e sénior.

Tabela 5:

*Distribuição, absoluta e relativa, dos episódios de urgência, por género e situação em relação a taxas moderadoras.*

Variáveis		Género			Situação em relação a taxas moderadoras		
		Mulher	Homem	Total	Isenção	Não Isenção	Total
Observações	Nº	32.886	26.717	59.603	38.309	21.294	59.603
	%	55,18	44,82	100,00	64,27	35,73	100,00

Da observação da Tabela 5 verifica-se que a maior afluência aos serviços de urgência é feita por indivíduos do sexo feminino, cerca de 55,18% (32.886 mulheres), contra 44,82% de indivíduos do sexo masculino (26.717 homens). Do total de episódios, tem-se informação, sobre situação face ao pagamento de taxas moderadoras, para 59.603 episódios podendo concluir-se que a maior parte da utilização dos SU é realizada por utentes isentos, com entradas na ordem dos 64,27% (cerca de 38.309 episódios).

Tabela 6:

*Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SU, no período do estudo.*

Observações variável	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de variação
Idade	105	18	53,147	52,000	20,473	0,385

Tabela 7:

*Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SU por categorias, no período do estudo.*

Idades		Idades 18 a 30	Idades 31 a 60	Idades > 61	Total
Observações	Nº	10.266	26.630	22.707	59.603
	%	17,22	44,68	38,10	100

Na Tabela 6 verifica-se que os utentes possuem uma idade entre os 18 e os 105 anos. Em média os utentes têm cerca de 53 anos (sendo que 50% da distribuição fica abaixo dos 52 anos) mas são muito heterogêneos em termos de idade. O desvio padrão da idade é de cerca de 20 anos (ou seja, esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 39% em relação à média). Relativamente às categorias de faixa etária criadas, verifica-se que o grupo com maior afluência é o dos 31-60 anos em que existem cerca de 26.630 episódios a que corresponde cerca de 44,6% da distribuição - Tabela 7.

Descritas estatisticamente as variáveis explicativas, é agora, possível apresentar os resultados das estimações *logit* univariadas para cada uma das variáveis. Os resultados destas estimações, que explicam um comportamento abusivo relativamente ao SU através das variáveis mulher,

idade – de forma contínua- e isenção de taxas moderadoras, surgem na Tabela 8. Na tabela seguinte (tal como nas restantes tabelas que se apresentaram com os resultados das estimações univariadas) podem observar-se, para cada variável explicativa, os coeficientes estimados, a sua significância estatística e o erro padrão associado, assim como o respetivo rácio de probabilidades (*odd-ratio*, na terminologia inglesa) cuja apresentação é pertinente porque é o único indicador que, economicamente, faz sentido interpretar. Adicionalmente são apresentados os resultados para três testes à precisão do ajustamento de cada modelo: O Pseudo- $R^2$  de McFadden que, matematicamente, se aproxima do coeficiente de determinação obtido na tradicional estimação *Ordinary Least Squares* (OLS), o teste de Qui-quadrado de verosimilhança logarítmica que, tal como o teste F, avalia a significância conjunta dos coeficientes do modelo, e a percentagem de casos corretamente previstos pelo modelo.

O pseudo- $R^2$  de McFadden assume valores entre 0 e 1. Apesar de se assemelhar, matematicamente, ao  $R^2$  o pseudo- $R^2$  não apresenta interpretação intuitiva imediata. Um valor do pseudo- $R^2$  igual a 1 é mais sugestivo de uma má especificação do modelo do que de um “perfeito” ajustamento. No caso de ser igual a 0, indicaria que todas as componentes do vetor de coeficientes das variáveis explicativas seriam nulos com exceção do termo constante, ou seja, nenhuma das variáveis “explicativas” afetaria a probabilidade de ocorrência do acontecimento em análise (Gujarati & Porter, 2008). Tal como já foi referido, o teste de Qui-quadrado de verosimilhança logarítmica constitui-se como um teste estatístico similar ao teste F utilizado no modelo clássico OLS, servindo para verificar a significância conjunta das variáveis explicativas que formam o modelo. Por fim, a percentagem de previsões corretas é tanto melhor quanto mais próximo se encontrar de 100%, validando (ou não) a satisfação com a qualidade de ajustamento do modelo em análise.

Tabela 8:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por género, idade e isenção de taxas moderadoras.*

Variáveis explicativas Variável explicada	Mulher			Idade			Isenção		
	Coeficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade	Coeficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade	Coeficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade
Comportamento Abusivo	0,161 (0,017)	***	1,175	-0,011 (0,000)	***	0,989	-0,051 (0,018)	***	0,950
Observações		59,603			59,603			59,603	
R2 de McFadden		0,001			0,009			0,000	
Qui-quadrado(1)		91,042 (***)			738,477 (***)			8,445 (***)	
Nº de casos corretamente previst		60,70%			61,30%			60,70%	

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Da análise da tabela 8, verifica-se que, com um nível de significância estatística de 1%, as mulheres apresentam 17,5% mais probabilidade de apresentarem um comportamento abusivo na ida ao SU do que os homens – o rácio de probabilidade de ter um comportamento entre uma mulher e um homem é de 1,175 devendo ter-se uma confiança de 99% no resultado obtido. Esta situação já havia sido referida no enquadramento teórico, sendo que a literatura apresenta resultados concordantes, apresentando as mulheres como maiores utilizadoras do SU do que os homens (Pereira et al., 2001; Carret et al., 2009; Carret et al., 2007).

Em termos de idade pode concluir-se que cada ano a mais na idade confere ao utente cerca de 1% menos probabilidade de se apresentar como uma utilização abusiva do SU – com um nível de confiança de 99% verifica-se que o rácio de probabilidade é inferior à unidade.

Relativamente ao pagamento de taxas moderadoras, verifica-se que o fato de o utilizador ser isento das mesmas, faz com que o episódio de urgência apresente cerca de 5% menos probabilidade de se classificar como abuso do SU, ao contrário do que seria expectável.

Este fato poderá ser explicado através da controvérsia gerada pelo aumento das taxas moderadoras que ocorreram em Janeiro de 2012. De fato, este aumento pretendia, segundo as entidades responsáveis, regular a afluência aos sistemas de saúde, com um aumento relativo da afluência nos CS e a sua diminuição nos SU. Esta foi uma decisão bastante controversa, pelo que, muitos investigadores e políticos defenderam que esta nova política não regularia o acesso mas, pelo contrário, o enviesaria. A população mais desfavorecida e não isenta, seria afastada por estes novos valores (OPSS, 2013). Dados revelados no relatório de Primavera da OPSS (2013), revelam que, em 2012 cerca de 22,2% das famílias Portuguesas inquiridas (cerca de 980 no total) revelaram uma redução de despesas com a saúde. Sendo que, em famílias com um ou mais elementos desempregados, a redução foi de cerca de 40% (OPSS, 2013). Por outro lado, no caso dos utentes isentos, existem gastos a ter com a deslocação aos serviços de saúde, gastos esses que têm vindo a ser reduzidos pelas famílias Portuguesas. Num estudo de Johnson, Goss, Beckerman e Castro (2012), é explanada a teoria de que a introdução de taxas moderadoras, seja ela de que forma for, provoca a diminuição da utilização dos serviços de saúde, mas também o atraso na procura de cuidados de quem realmente necessita e/ou ainda a prestação incompleta e inadequada de cuidados de saúde. Acredita-se por isso, estarmos perante uma população que, apesar de isenta, decide recorrer apenas quando estritamente necessário ao SU (daí ser menos propícia a episódios abusivos) para evitar outros gastos associados ao episódio de urgência, como transporte ou medicação, que possam, em consequência, daí advir.

Salientam-se ainda, alguns estudos<sup>30</sup> apontados no relatório de primavera da OPSS (2013) e no estudo de Mladovsky et al. (2012), que referem ser “já demonstrado que as taxas moderadoras, para além de implicarem um aumento no peso do orçamento doméstico das famílias (Johnson et al., 2012), reduzem tanto a utilização de cuidados de elevado valor (custo-efetivos) como de baixo valor, especialmente, entre as pessoas mais velhas e de baixos rendimentos, mesmo quando o valor cobrado é diminuto” (OPSS, 2013, p.38).

Deve referir-se que os valores apresentados para o pseudo-R<sup>2</sup> de McFadden são muito baixos, o que não é anormal neste tipo de modelos. O teste de qui-quadrado indica que o modelo apresenta significância estatística. Para todos os 3 modelos apresentados na tabela acima a percentagem de valores corretamente previstos é de cerca de 61%.

Na tabela 9 apresentam-se os resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo por categorias etárias. Tal como foi descrito anteriormente, dividiram-se os utentes em três grupos relativamente à idade em população jovem, adulta e sénior.

Tabela 9:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por categorias etárias*

Variáveis explicativas Variável explicada	Coeficiente	Idade 18-30		Coeficiente	Idade 31-60		Coeficiente	Idade >60	
		Significância estatística	Rácio de probabilidade		Significância estatística	Rácio de probabilidade		Significância estatística	Rácio de probabilidade
Comportamento Abusivo	0,288 (0,023)	***	1,334	-0,228 (0,017)	***	0,796	-0,406 (0,017)	***	0,666
Observações		59.603			59.603			59.603	
R2 de McFadden		0,002			0,002			0,006	
Qui-quadrado(1)		162,489 (***)			182,329(***)			556,388(***)	
Nº de casos corretamente previstos		60,70%			60,70%			60,70%	

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Pela análise da tabela acima, verifica-se que o número de casos corretamente previstos é igual para as três variáveis, 60,70%. Em termos de coeficientes estimados, verifica-se com um nível de significância de 1% que o grupo etário com maior probabilidade de apresentar episódios abusivos é o grupo com idades entre os 18-30, com 33,4% maior probabilidade. A faixa etária com menor probabilidade de apresentar comportamento abusivo é o grupo dos maiores de 60 anos - apresenta 33,4% menos probabilidade de apresentar um comportamento abusivo. Tanto as conclusões retiradas pela análise desta tabela, como pela análise da tabela 8 em que se conclui a cada ano que se soma na idade diminui a probabilidade de apresentar um

<sup>30</sup>Lohret al., (1986); Manning et al., (1987); Mossialos e Thomson, (2004) cit. por Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson e McKee (2012).

comportamento abusivo em cerca de 1% menos, vão de encontro ao descrito por Pedro Pita Barros (2012). O autor refere que durante 2012, ao contrário do preconizado, os gastos foram cada vez menores com a população idosa. Tal fato poderá relacionar-se com o dito anteriormente acerca das taxas moderadoras, em que se falava do afastamento de pessoas isentas devido às despesas extras com a ida ao SU. Dado o cenário financeiro atual, em que existem cortes em todos os escalões e classes sociais, é a população mais velha que é afetada, tanto por terem a seu cargo filhos ou por terem encargos privados com a saúde, tal como medicação devido à prevalência cada vez maior de doenças crónicas (Sousa, Pires, Conceição, Nascimento, Grenha & Braz, 2011). Esse é outro ponto que poderá explicar a fraca abusividade da população mais idosa no SU, o fato de estes muitas vezes terem várias doenças, que entram em descompensação e de certa forma fundamentam uma ida ao SU. Henriques (2011), no seu estudo sobre a adesão ao regime medicamentoso, considera que cerca de 80% da população idosa toma pelo menos um medicamento e que um grande número de idosos toma quatro a cinco medicamentos.

Na Tabela 10 pode verificar-se a distribuição, absoluta e relativa, de episódios de urgência por mês. Recorde-se que neste trabalho de investigação se estudam apenas o período de novembro de 2012 a abril de 2013, de forma a abarcar os meses de Outono e Primavera – meses propensos a constipações, gripes e alergias.

Tabela 10:

*Distribuição de frequência de episódios de urgência, por mês.*

Meses		Novembro 2012	Dezembro 2012	Janeiro 2013	Fevereiro 2013	Março 2013	Abril 2013	Total
Observações	Nº	9.511	9.909	10.338	9.453	10.139	10.253	59.603
	%	15,96	16,63	17,34	15,86	17,01	17,20	100,00

Na tabela observa-se que o mês com maior afluência foi janeiro de 2013, com cerca de 17,34% dos episódios, correspondendo a 10.338 entradas. O mês com menor afluência foi por sua vez, fevereiro de 2013 com um total de 9.453 entradas, cerca de 15,86% do total. Refira-se, no entanto, que a frequência relativa de cada um dos meses é muito aproximada, não se

destacando nenhum dos meses com uma afliência muito diferente do habitual. Na tabela 11 apresenta-se os resultados da estimação univariada para a análise do comportamento abusivo, considerando os meses em estudo.

Tabela 11:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por meses.*

Variável explicada		Comportamento Abusivo					
Variável explicativa	Coefficiente	Significância estatística	Observações	R2 de McFadden	Qui- quadrado (1)	Nº casos correctamente previstos	Rácio de probabilidade
Novembro 2012	-0,002 (0,023)		59.603	0,000	0,010	60,70%	0,998
Dezembro 2013	-0,028 (0,022)		59.603	0,000	1,575	60,70%	0,972
Janeiro 2013	0,035 (0,022)		59.603	0,000	2,544	60,70%	1,036
Fevereiro 2013	-0,019 (0,023)		59.603	0,000	0,687	60,70%	0,981
Março 2013	0,008 (0,022)		59.603	0,000	0,139	60,70%	1,008
Abril 2013	0,04 (0,022)		59.603	0,000	0,028	60,70%	1,041

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Analisando a tabela verifica-se que, não existe significância estatística para nenhuma das variáveis correspondentes aos meses, pelo que estas não serão analisadas de forma exaustiva.

Seguidamente na Tabela 12, apresentam-se as distribuições absolutas e relativas dos episódios de urgência relativamente à cor da pulseira – azul, verde, amarelo e laranja<sup>31</sup>. Na tabela 13, podem observar-se os resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, de acordo com a cor da pulseira.

Tabela 12:

*Distribuição de frequência de episódios de urgência, por cor da pulseira.*

Cor da Pulseira		Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Total
Observações	Nº	1.584	15.381	31.748	10.890	59.603
	%	2,66	25,81	53,27	18,27	100,00

<sup>31</sup>Como explicado, anteriormente, não se consideram, neste estudo, as cores vermelha – por se considerar que com esta pulseira, o episódio não será abusivo – e branca – por esta ser uma cor em que os episódios não são associados a episódios de urgência, mas sim a outras situações.



Tabela 13:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por cor da pulseira.*

Variável explicada		Comportamento Abusivo					
Variável explicativa	Coefficiente	Significância estatística	Observações	R2 de McFadden	Qui- quadrado (1)	Nº casos correctamente previstos	Rácio de probabilidade
Azul	0,982 (0,064)	***	59.603	0,004	282,772(***)	60.70%	2,670
Verde	0,329 (0,020)	***	59.603	0,004	286,462(***)	60.70%	1,390
Amarela	-0,089 (0,017)	***	59.603	0,000	28,297(***)	60.70%	0,915
Laranja	-0,401 (0,021)	***	59.603	0,004	350,417(***)	60.70%	0,670

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Pode observar-se que a cor de pulseira com maior número de ocorrências é a amarela. A esta correspondem 31.748 episódios, o que equivale a cerca de 53% do total de ocorrências. A cor de pulseira com menor número de ocorrências é a azul com 1.584 – 2,66%. Note-se que, na Triagem de Manchester, como já foi mencionado (Figura 1), a pulseira amarela corresponde a uma condição mais grave e com necessidade de atendimento mais rápido, do que a azul.

Analisando a tabela com os resultados das estimações univariadas observa-se que, com um nível de significância de 1%, a cor da pulseira que apresenta maior probabilidade de registar episódios abusivos é a azul (a que indicará a menor gravidade do episódio de urgência), com cerca de 2,67 vezes mais probabilidade de ocorrerem tais episódios do que noutras cores de pulseira. Por outro lado a cor da pulseira que assume a menor probabilidade é a laranja (a que reúne os episódios com gravidade inferior aquela considerada na pulseira vermelha), com 33% menos probabilidade de registar episódios abusivos. Analisando as restantes variáveis de cor, observa-se que seguidamente à laranja, a cor que regista menor probabilidade de apresentar episódios abusivos é a cor amarela com cerca de 8,5% menos probabilidade. Da mesma forma, após o azul, o verde surge como cor com mais probabilidade de apresentar mais probabilidade de episódios abusivos com cerca de 1,4 vezes mais probabilidade de ocorrerem. Estas conclusões são corroboradas pelo descrito anteriormente acerca da Triagem de Manchester e demonstra que a mesma é levada a cabo com eficácia no SU do Hospital de São João no Porto. Os testes de precisão do ajustamento, confirmam que estas variáveis são importantes para explicar a maior (ou menor) ocorrência de abusividade.

Na Tabela 14 apresentam-se os valores das frequências relativas e absolutas de episódios de urgência, por concelhos de residência.

Tabela 14:

Distribuição *de frequência de episódios de urgência por concelhos*.

Observações	Concelhos	Amarante	Baião	Felgueiras	Gondomar	Lousada	Maia	Marco	Matosinhos	Paços	Paredes
	Nº	378	110	185	4.904	293	8.124	149	2.778	356	440
	%	0,63	0,18	0,31	8,23	0,49	13,63	0,25	4,66	0,61	0,74
Observações	Concelhos	Penafiel	Porto	Póvoa	Santo Tirso	Trofa	Valongo	Vila do Conde	Vila Nova de Gaia	Outros	Totais
	Nº	527	16.501	246	226	550	7.694	358	1.449	14.335	59.603
	%	0,88	27,68	0,41	0,38	0,92	12,91	0,60	2,43	24,06	100,00

Pela observação da tabela pode concluir-se que o concelho com maior registo de episódios é o concelho do Porto com 16.501 episódios, a que correspondem 27,68% do total de ocorrências. Seguidamente apresenta-se a variável “outros” referente a todos os concelhos exteriores ao Grande Porto, com 14.605 observações – 24,06%. O concelho com menos observações foi Baião com 110 observações, ou seja, 0,18% do total, precedido pelo concelho de Marco de Canaveses com 149 observações, ou seja, 0,25% do total. Esta afluência pode ser explicada pela proximidade do serviço, já que a maior parte dos utentes que recorreu ao SU no período considerado, reside numa área próxima.

Na tabela 15, apresenta-se a estimação univariada para o comportamento abusivo, de acordo com os concelhos de residência.

Tabela 15:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por concelhos.*

Variável explicada		Comportamento Abusivo					
Variável explicativa	Coefficiente	Significância estatística	Observações	R2 de McFadden	Qui- quadrado (1)	Nº casos correctamente previstos	Rácio de probabilidade
Amarante	0,075 (0,107)		59.603	0,000	0,499	60.70%	1,078
Baião	-0,028 (0,195)		59.603	0,000	0,021	60.70%	0,972
Felgueiras	0,086 (0,152)		59.603	0,000	0,323	60.70%	1,090
Gondomar	0,089 (0,031)	***	59.603	0,000	8,407(***)	60.70%	1,093
Lousada	0,382 (0,127)	***	59.603	0,000	9,451(***)	60.70%	1,465
Maia	-0,219 (0,024)	***	59.603	0,001	81,740(***)	60.70%	0,803
Marco de Canaveses	0,045 (0,169)		59.603	0,000	0,073	60.70%	1,046
Matosinhos	0,225 (0,041)	***	59.603	0,000	30,887(***)	60.70%	1,252
Paços de Ferreira	0,216 (0,111)	*	59.603	0,000	3,841(*)	60.70%	1,241
Paredes	0,439 (0,105)	***	59.603	0,000	18,459(***)	60.70%	1,551
Penafiel	0,185 (0,092)	**	59.603	0,000	4,086(**)	60.70%	1,203
Porto	-0,041 (0,019)	**	59.603	0,000	4,811(**)	60.70%	0,960
Póvoa do Varzim	-0,189 (0,129)		59.603	0,000	2,138	60.70%	0,828
Santo Tirso	-0,157 (0,149)		59.603	0,000	1,374	60.70%	0,855
Trofa	-0,135 (0,087)		59.603	0,000	2,214	60.70%	0,874
Valongo	-0,086 (0,025)	***	59.603	0,000	11,847(***)	60.70%	0,918
Vila do Conde	-0,049 (0,108)		59.603	0,000	0,207	60.70%	0,952
Vila Nova de Gaia	0,522 (0,059)	***	59.603	0,001	83,192(***)	60.70%	1,685
Outros	-0,052 (0,020)	***	59.603	0,000	7,028(***)	60.70%	0,949

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Pela observação da tabela, verifica-se com um nível de confiança de 1%, que a localização geográfica dos utentes que apresenta menor probabilidade de apresentar episódios abusivos é a correspondente à Maia - cerca de 19,7% menos probabilidade. Por outro lado, o concelho com maior probabilidade de apresentar episódios abusivos relativamente aos outros concelhos, é Vila Nova de Gaia com 68,5% (1,7 vezes) mais probabilidade. O concelho do Porto apresenta cerca de 4% menos probabilidade de apresentar episódios abusivos. Estas conclusões corroboram aquelas que referiam que o afastamento relativamente ao SU, confere aos utentes uma menor probabilidade de apresentarem comportamentos abusivos, pelos custos acrescidos que tal pode significar para os mesmos. Por isso, os concelhos externos ao distrito do Porto apresentam menor probabilidade de registar episódios de abusividade no recurso ao SU. Este fato pode ser explicado pela proximidade, ou seja, os habitantes do

concelho de Vila Nova de Gaia, devido à proximidade e existência de variadas infraestruturas rodoviárias, têm acesso facilitado ao SU, enquanto que os residentes em concelhos externos, pela distância, revelam menor probabilidade de apresentarem comportamentos abusivos (Oliveira, 2006; Silva, 2009; Novo, 2010). Pode também contribuir para o mesmo, a questão dos gastos acrescidos em transportes e outros, descritos anteriormente. Observa-se que os modelos são satisfatórios de acordo com os três indicadores de precisão do ajustamento já mencionados.

Na Tabela 16 apresentam-se os valores das frequências relativas e absolutas de episódios de urgência, por data (semana ou fim de semana) e hora (noturna ou diurna) do episódio.

Tabela 16:

*Distribuição de frequência de episódios de urgência por data e hora do episódio.*

Variáveis		Data do episódio			Hora do episódio		
		Semana	Fim-de-semana	Total	Dia	Noite	Total
Observações	Nº	47.088	12.515	59.603	42.765	16.838	59.603
	%	79,00	21,00	100,00	71,75	28,25	100,00

Analisando as várias datas e horas de episódios de Urgência, decidiu-se agrupar as datas por semana e fim de semana, pois como foi visto em estudos nos capítulos anteriores, foram encontradas diferenças significativas quanto à ocorrência de episódios de urgência relativamente à altura da semana (Pereira et al., 2001). As horas agruparam-se no grupo dia- das 08h às 20h- e noite – das 20h às 08h, pois no estudo anterior foram também encontradas divergências quanto às horas de entrada no SU. Pela análise da tabela verifica-se que o maior número de observações ocorre no período referente à semana com cerca de 47.088 episódios (79% do total de ocorrências). Já relativamente à altura do dia, o maior número de episódios ocorre durante o período das 08h às 20h com uma afluência de 71,75%, ou seja, 42.765 episódios.

Na tabela 17, apresenta-se a estimação univariada para o comportamento abusivo, de acordo com as variáveis acima mencionadas, data e hora de episódio.

Tabela 17:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por data e hora.*

Variáveis explicativas Variável explicada	Semana			Dia		
	Coefficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade	Coefficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade
Comportamento Abusivo	0,02 (0,021)		1,020	-0,122 (0,019)	***	0,885
Observações		59.603			59.603	
R2 de McFadden		0,000			0,001	
Qui-quadrado(1)		0,969			42,525(***)	
Nº de casos corretamente previstos		60,70%			60,70%	

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Pela análise da Tabela 17 observa-se que não existe significância estatística para a data do episódio, ou seja, não se podem tirar conclusões acerca da prevalência dos episódios abusivos serem à semana ou ao fim de semana. Pode, no entanto, salientar-se que durante toda a semana existem outras instituições que prestam cuidados de urgência extras ao SU e que, no período de segunda a sexta-feira, existem ainda CS abertos que prestam uma série de cuidados de saúde de urgência. Estes serviços satisfazem, muitas vezes, as necessidades dos utentes com condições menos graves, no entanto, estes preferem ir ao SU. Quanto à hora do episódio, pode afirmar-se, com uma significância estatística de 1%, que o fato de o episódio ocorrer durante o dia lhe confere menos 11,5% de probabilidade de ser abusivo. A conclusão que se tira é que, o utente, tendo a perceção de que a sua situação não é urgente e que terá que aguardar, prefere ir durante a noite quando a afluência é, declaradamente menor (apenas cerca de 28,25% dos episódios). O teste qui-quadrado revela que existe significância estatística para a variável hora, com um intervalo de confiança de 99%. O número de observações é 59.603 e a percentagem de casos corretamente previstos cerca de 60,7%.

Na tabela 18 apresentam-se as distribuições relativas e absolutas dos episódios de urgência relativamente ao tipo de sistema de saúde – SNS, ADSE e outros. Na Tabela 19 apresenta-se a estimação univariada para o comportamento abusivo, de acordo com o tipo de sistema de saúde.

Tabela18:

*Distribuição de frequência de episódios de urgência, por tipo de sistema de saúde.*

Sistema de Saúde		SNS	ADSE	Outros	Total
Observações	Nº	54.167	2.666	2.770	59.603
	%	90,88	4,47	4,65	100,00

Tabela 19:

*Resultados da estimação univariada para o comportamento abusivo, por tipo de sistema de saúde.*

Variáveis explicativas	Sistema de Saúde							
	SNS			ADSE			Outros	
	Coefficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade	Coefficiente	Significância estatística	Rácio de probabilidade	Coefficiente	Significância estatística
Variável explicada								
Comportamento Abusivo	0,604 (0,029)	***	1,829	-0,1 (0,040)	**	0,905	-1,042 (0,040)	***
Observações		59.603			59.603			59.603
R2 de McFadden		0,001			0,000			0,001
Qui-quadrado(1)		446,178 (***)			6,177 (**)			697,253 (***)
Nº de casos corretamente previstos		61,20%			60,70%			61,90%

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Pela análise da tabela verifica-se que a maior parte dos utentes que utilizam o SU, são abrangidos pelo SNS (90,88%), sendo que o número de utentes com ADSE e outros tipos de sistemas de saúde diferem muito pouco, com 2.666 e 2.770 observações, respetivamente. Estes resultados vão de encontro aos dados relativos à realidade portuguesa – existência de um sistema de saúde público, acessível a todos e sob o qual todos os portugueses possuem os mesmos direitos.

De acordo com a Tabela 19, pode verificar-se, com um nível de significância estatística de 1%, que o fato de ser abrangido pelo SNS, faz com que o utente tenha cerca de 82,9% mais probabilidade de ter um comportamento abusivo. Por outro lado, o fato de o utente não ser abrangido pelo SNS nem pela ADSE – ou seja, pertencer a algum tipo de seguro privado ou ser imigrante – faz com que apresente menos 64,7% probabilidade de ter um comportamento abusivo. Este comportamento relaciona-se diretamente com o tipo de pagamentos diretos a serem realizados, mais especificamente com a quantia. Tal como visto anteriormente, existem cerca de 7 milhões de Portugueses isentos do pagamentos de taxas moderadoras (Barros, 2011) pelo que, quando utilizam o SU, não pagam. Por outro lado, os utilizadores de seguros privados ou ADSE pagam uma comissão, de acordo com o tipo de seguro ou rendimentos,

que pode por vezes ser maior do que a taxa mínima de urgência (20€), caso seja necessária a realização de exames complementares.

Os testes de precisão do ajustamento, confirmam que estas variáveis são importantes para explicar a maior (ou menor) ocorrência de abusividade. O número de casos corretamente previstos é 61,20 % para a variável SNS, 60,70% para a variável ADSE e 61,90% para a variável outros sistemas de saúde. O número de observações é 59.603 para as três variáveis.

## 2.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

A variável que se pretende explicar é o comportamento abusivo, como tal, apresenta-se agora a análise da estimação multivariada, onde se apresentam 5 modelos - cada um definindo um perfil diferente para o utente, ao incluir um conjunto de variáveis independentes diferentes. Pretende-se encontrar o perfil que melhor identificará o utente com comportamento abusivo.

Na Tabela 20, apresentam-se 3 modelos (3 perfis de utentes) e na Tabela 21 os restantes dois modelos. Cada modelo será designado por um número – modelo 1, modelo 2 e assim sucessivamente.

Iniciando a análise da Tabela 20 (que se apresenta a seguir), com a análise do modelo 1, importa referir, em primeiro lugar, os indicadores de precisão de ajustamento do modelo. O  $R^2$  de McFadden não é alto (2,86%), no entanto, esta situação é normal neste tipo de modelos. Não se deve esperar que, esta variável tenha o mesmo poder explicativo que o coeficiente de determinação do modelo dos mínimos quadrados tradicional. O melhor indicador para avaliar o grau de adequação do modelo, é o teste de Qui-quadrado, que testa a significância conjunta das variáveis explicativas. O valor deste teste é de 2290,46, sendo que o seu valor de prova mostra que as variáveis em conjunto são estatisticamente significativas para um nível de significância de 1%. Com 99% de confiança, podemos afirmar que as variáveis em conjunto formam um bom modelo. Outro indicador importante para a análise da qualidade do modelo é o indicador que mostra o número de casos corretamente previstos pelo mesmo. Neste caso em concreto, o modelo consegue identificar corretamente 61,9% dos casos, o que se pode considerar um valor bastante razoável.

Tendo-se verificado que o modelo é de boa qualidade, analisam-se os coeficientes estimados para as variáveis explicativas individualmente.



Tabela 20:

*Resultados da estimação multivariada para o comportamento abusivo – Modelos 1, 2 e 3.*

Variáveis explicativas	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	Coefficiente	Odd ratio	Significância Estatística	Coefficiente	Odd ratio	Significância Estatística	Coefficiente	Odd ratio	Significância Estatística
Constante	0,457 (0,052)	0,633	***	1,780 (0,080)	6,008	***	-0,062 (0,046)	0,940	
Mulher	-0,457 (0,052)	1,159	***	----	---	----	0,155 (0,017)	1,167	***
Homem	----	---	----	-0,147 (0,017)	0,863	***	----	---	----
Isento	----	---	----	0,058 (0,019)	0,944	***	-0,062 (0,019)	0,940	***
Não isento	0,058 (0,019)	1,06	***	----	---	----	----	---	----
Idade 18-30	----	---	----	----	---	----	<b>0,476 (0,026)</b>	1,609	***
Idade 31-60	0,100 (0,025)	1,105	***	-0,101 (0,025)	0,905	***	0,365 (0,019)	1,440	***
Idade >60	-0,339 (0,019)	0,713	***	-0,440 (0,026)	0,645	***	----	---	----
Azul	0,746 (0,066)	2,109	***	----	---	----	1,057 (0,065)	2,879	***
Verde	----	---	----	-0,742 (0,066)	0,474	***	0,309 (0,020)	1,362	***
Amarelo	-0,259 (0,021)	0,772	***	-0,997 0,065	0,366	***	----	---	----
Laranja	-0,480 (0,027)	0,619	***	1,217 (0,067)	0,293	***	----	---	----
Maia	-0,231 (0,027)	0,793	***	-0,234 (0,026)	0,791	***	----	---	----
Marco	----	---	----	----	---	----	----	---	----
Paredes	----	---	----	----	---	----	0,398 (0,106)	1,489	***
Porto	-0,053 (0,022)	0,949	**	-0,055 (0,020)	0,945	***	----	---	----
Vila Nova de Gaia	0,430 (0,061)	1,537	***	0,428 (0,060)	1,532	***	0,488 (0,060)	1,630	***
Outros Concelhos	0,008 (0,023)	1,008		----	---	----	----	---	----
Semana	0,010 (0,021)	1,010		----	---	----	0,013 (0,021)	1,013	
Fim de semana	----	---	----	-0,009 (0,021)	0,990		----	---	----
Dia	----	---	----	-0,123 (0,019)	0,882	***	----	---	----
Noite	0,125 (0,019)	1,133	***	----	---	----	0,114 (0,019)	1,121	***
SNS	1,171 (0,042)	3,227	***	0,112 (0,041)	1,118	***	0,113 (0,041)	1,120	***
ADSE	1,060 (0,058)	2,886	***	----	---	----	----	---	----
Outros	----	---	----	-1,059 (0,058)	0,347	***	-1,046 (0,058)	0,351	***
Observações		59.603			59.603			59.603	
R2 de McFadden		0,029			0,029			0,027	
Qui-quadrado		2290,46			2291,88			2128,74	
Nº casos corretamente previstos		61,90%			61,90%			61,90%	

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respetivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

As variáveis que contribuem positivamente para o comportamento abusivo são: a não isenção de taxas moderadoras, idade entre os 31 e os 60 anos, pulseira azul, residência em Vila Nova de Gaia, o recurso ao SU durante a noite e a cobertura pelo SNS ou ADSE. Em sentido oposto, aparecem as variáveis que correspondem ao género (feminino), a uma idade superior a 60 anos, pulseira amarela ou laranja e residência nos concelhos de Porto e Maia. Todas as variáveis indicadas anteriormente, quer tenham influência positiva ou negativa, são estatisticamente significativas. Estatisticamente insignificantes, são as variáveis correspondentes à semana e outros concelhos externos ao Porto, logo não serão objeto particular de análise.

No conjunto das variáveis que influenciam positivamente a ocorrência de um comportamento abusivo, salienta-se a cobertura pelo SNS e a ADSE. Os utentes cobertos por seguro público ou por um subsistema de saúde (ADSE) possuem cerca de três vezes mais probabilidade de se comportarem abusivamente quando recorrem ao SU, do que quem usufruiu de outro tipo de seguro de saúde. Salienta-se, ainda que, ser identificado com pulseira azul, a indicadora de menor gravidade de condição de saúde, conduz a uma probabilidade de comportamento abusivo duas vezes superior a outras cores de pulseira. Possuir uma idade entre os 31 e os 60 anos, implica que a probabilidade da ocorrência do comportamento abusivo seja cerca de 10% superior à probabilidade que ocorre noutras faixas etárias, e o recurso abusivo ao SU durante a noite é aproximadamente 13% superior do que o mesmo, durante o período do dia. Os habitantes de Vila Nova de Gaia apresentam uma probabilidade de comportamento abusivo cerca de 53% superior aos habitantes de todos os outros concelhos analisados.

No conjunto de variáveis que influenciam negativamente a ocorrência de um comportamento abusivo, salienta-se que ser mulher implica que a probabilidade do comportamento abusivo é 16% superior à do homem, utentes com mais de 60 anos apresentam cerca de menos de 30% probabilidade de se comportarem abusivamente. As pulseiras laranja e amarelo, indicam que o utente apresentará cerca de 40% e 25% menos, respetivamente, de apresentarem um comportamento abusivo, tal como seria expectável, indicando que o profissional de saúde responsável pela triagem a realiza corretamente, identificando, adequadamente, os casos prioritários e os casos não urgentes.

Face aos resultados apresentados para os coeficientes estimados, calcula-se que a probabilidade de uma mulher, não isenta de taxas moderadoras, com idade superior a 31 anos, residir nos concelhos do Porto, Maia ou Vila Nova de Gaia ou noutros concelhos externos ao Porto, recorrer ao SU durante a semana e à noite, ser abrangido pelo SNS ou ADSE e ser-lhe

atribuída uma pulseira de cor azul, amarela ou laranja, apresentar um comportamento abusivo é de 88,03%. Esta probabilidade é superior à probabilidade de um homem com o mesmo perfil, apresentar o mesmo comportamento abusivo. Para o homem, a probabilidade de apresentar este tipo de comportamento é de apenas 86,39%.

Os cálculos de probabilidade apresentados anteriormente, foram realizados com recurso à fórmula (5), descrita em secção anterior, ou seja<sup>32</sup>:

$$Probabilidade = \frac{1}{(1 + e^{-z})}$$

Sendo que no perfil da mulher -  $z$  é:

$$-z = -0,457095 + 0,746387 - 0,479594 + 0,14735 + 0,0079844 + 0,430129 + 0,125297 + 0,01581198 + 1,17141 + 0,00979743 + 0,0999484 - 0,338622 - 0,259092 - 0,0528287 + 1,05997 - 0,231333$$

E no perfil do homem:

$$-z = -0,457095 + 0,746387 - 0,479594 + 0,14735 \times 0 + 0,0079844 + 0,430129 + 0,125297 + 0,01581198 + 1,17141 + 0,00979743 + 0,0999484 - 0,338622 - 0,259092 - 0,0528287 + 1,05997 - 0,231333$$

Para o modelo 2, tal como acontecia com o anterior, também os valores dos indicadores de precisão são similares, com um  $R^2$  de McFadden baixo (2,86%), um teste Qui-quadrado de 2291,88 – sendo que o valor de prova demonstra que as variáveis estudadas em conjunto são estatisticamente significativas para um nível de significância de 1%. Assim, com 99% de confiança, podemos afirmar que as variáveis formam um bom modelo. Neste modelo, conseguem-se prever corretamente cerca de 61,90% dos casos.

As variáveis que contribuem positivamente para o comportamento abusivo são: a isenção de taxas moderadoras, a pulseira laranja, o concelho de Vila Nova de Gaia e a cobertura pelo SNS. Quanto às variáveis que não contribuem positivamente para o comportamento abusivo, estas são: género (homem), idades entre os 31 e os 60 anos e mais de 60 anos, pulseiras de cor verde ou amarela, concelhos da Maia e Porto, o recurso ao SU durante o dia e por fim, a

---

<sup>32</sup>Para evitar a repetição das fórmulas, só se irá apresentar o resultado final, não se voltando a repetir o exemplo que agora se apresenta.

cobertura por outros sistemas de saúde. Todas as variáveis designadas, influenciando positivamente ou não o comportamento abusivo, são estatisticamente significativas. Neste modelo, a única variável que não apresenta significância estatística é o recurso ao SNS durante o fim-de-semana, pelo que a mesma não será analisada.

Analisando as variáveis que influenciam positivamente o comportamento abusivo, salienta-se que, a isenção de taxas moderadoras confere ao utente, 6% menos probabilidade de o mesmo ser abusivo e a residência no concelho de Vila Nova de Gaia, confere cerca de 53% mais probabilidade de apresentar este comportamento. Ao obter uma pulseira laranja, o utente tem 71% menos probabilidade de ter um comportamento abusivo. Comparando sistemas de saúde, o fato de o utente ser coberto pelo SNS, fez com que este tenha cerca de 12% mais probabilidade de ter um comportamento abusivo, relativamente à cobertura pela ADSE e outros sistemas de saúde.

Analisando agora as variáveis que influenciam negativamente a ocorrência do comportamento, pode afirmar-se que, sendo homem, a probabilidade de o mesmo se apresentar como abusivo é 13,7% mais baixa o fato de os utentes terem pulseiras verde ou amarela, lhes confere cerca de 53% e 63%, respetivamente, menos probabilidade de apresentarem comportamento abusivo, indo de encontro ao preconizado em cima. Salienta-se ainda que o fato de o utente ser abrangido por outro sistema de saúde que não a ADSE e SNS, faz com que apresenta cerca de 65% menos probabilidade de apresentar comportamento abusivo. Este acontecimento pode ser explicado, pelo fato de maioria dos sistemas de saúde privados serem pagos consoante o tipo de cuidados necessários, pelo que os utilizadores do mesmo apenas recorrem ao SU quando necessitam mesmo.

Tendo em conta o modelo apresentado, conclui-se que a probabilidade de um homem, isento do pagamento de taxas moderadoras, com idade superior a 31 anos, que possua uma pulseira de cor verde, amarela ou laranja, resida nos concelhos do Porto, Maia ou Vila Nova de Gaia, recorra ao SU durante o fim de semana e no período do dia e seja abrangido pelo SNS ou por outros sistemas de saúde é de 13,42%.

Analisando o terceiro modelo, ainda na mesma tabela, volta-se a salientar os valores similares dos indicadores de precisão do modelo. O  $R^2$  de McFadden mantém-se baixo (2,7%), o teste Qui-quadrado apresenta um valor de 2128,74, com um valor de prova que demonstra um nível de significância estatística de 1%. Também o número de casos corretamente previstos se

mostra o mesmo, 61,90%. Desta forma, pode afirmar-se com 99% de confiança que também este modelo apresenta variáveis que em conjunto formam um bom modelo.

As variáveis que contribuem positivamente para o comportamento abusivo são: o género (mulher), idade dos 18 aos 30 e dos 31 aos 60, pulseiras azul e verde, concelho de Paredes e Vila Nova de Gaia, o recurso ao SU durante a noite e a abrangência pelo SNS. Por outro lado, neste modelo, as variáveis que contribuem de forma negativa para o comportamento abusivo são a isenção de taxas moderadoras e a abrangência por outros sistemas de saúde, fatos já sedimentados anteriormente. Todas estas variáveis são estatisticamente significativas. Apenas a variável semana se apresenta como estatisticamente insignificante pelo que não será analisada.

No grupo de variáveis positivamente influenciadoras, salientam-se a pulseira azul, que confere quase 3 vezes mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo do que outras cores de pulseiras, a residência no concelho de Vila Nova de Gaia que apresenta cerca de 63% maior probabilidade de apresentar comportamento abusivo e a idade entre os 18-30, que confere ao utente cerca de 61% mais probabilidade de apresentar o tipo de comportamento em estudo. Salienta-se ainda que, ser mulher confere cerca de 17% mais probabilidade de apresentar comportamento abusivo do que o homem, recorrer ao SU durante o dia implica que a probabilidade de ocorrência de comportamento abusivo seja cerca de 12% superior à que ocorre durante o período da noite, e o fato do utente ser abrangido pelo SNS, faz com que o mesmo apresente uma probabilidade de cerca de 12% mais de apresentar comportamento abusivo, do que sendo abrangido pela ADSE ou outros sistemas de saúde.

No conjunto de variáveis que influenciam negativamente a ocorrência deste comportamento abusivo, salienta-se que os utentes abrangidos por outros sistemas de saúde apresentam cerca de 65% menos probabilidade de terem um comportamento abusivo. O fato de o utente ser isento de taxas moderadoras confere-lhe cerca de 6% menos probabilidade face à não isenção do pagamento de taxas.

Tendo em conta estes resultados calcula-se que uma mulher, isenta de taxas moderadoras, com uma idade compreendida entre os 18 e os 60 anos, que possua pulseira azul ou verde, resida em Paredes ou Vila Nova de Gaia, recorra ao SU durante a semana no período da noite e que seja abrangida pelo SNS ou outros sistemas de saúde, apresenta uma probabilidade de 91,03% de apresentar um comportamento abusivo.

De seguida apresenta-se a tabela 21, onde se encontra a estimação multivariada para o 4º e 5º modelos. Estes modelos são apenas compostos pelas variáveis que ao longo deste trabalho se

mostraram efetivamente importante na determinação do comportamento abusivo dos utentes do SU (em termos positivos ou negativos). São, por isto, modelos mais reduzidos que os anteriores. Os dois modelos distinguem-se pelo fato do modelo 4 apresentar o conjunto de variáveis que mais influencia o comportamento abusivo e o modelo 5 o conjunto das que menos influenciam.

Tabela 21

*Resultados da estimação multivariada para o comportamento abusivo – Modelos 4 e 5*

Variáveis explicativas	Modelo 4			Modelo 5		
	Coeficiente	Odd ratio	Significância Estatística	Coeficiente	Odd ratio	Significância Estatística
Constante	-0,387 (0,032)	0,679	***	0,814 (0,022)	2,254	***
Mulher	0,170 (0,017)	1,185	***	----	---	----
Homem	----	---	----	-0,161 (0,017)	0,852	***
Isento	----	---	----	0,012 (0,018)	1,011	
Não isento	0,101 (0,018)	1,06	***	----	---	----
Idade 18-30	0,271 (0,023)	1,312	***	----	----	----
Idade >60	----	---	----	-0,354 (0,018)	0,701	***
Azul	0,998 (0,064)	2,712	***	----	---	----
Laranja	----	---	----	-0,325 (0,022)	0,721	**
Maia	----	---	----	0,212 (0,024)	0,809	***
Vila Nova de Gaia	0,522 (0,059)	1,685	***	----	---	----
Dia	----	---	----	-0,123 (0,018)	0,893	***
Noite	0,118 (0,019)	1,125	***	----	---	----
SNS	0,640 (0,029)	1,896	***	----	---	----
ADSE	----	---	----	-0,058 (0,041)	0,943	
Outros	----	---	----	----	---	----
Observações		59.603			59.603	
R2 de Mcfadden		0,014			0,029	
Qui- quadrado		1142,59			2291,88	
Nº casos corretamente previstos		61,30%			61,90%	

Notas: \*\*\*, \*\* e \* indicam níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente; Os desvios padrão apresentam-se entre parêntesis.

Analisando agora o modelo número 4, pode verificar-se que mais uma vez, os indicadores de precisão de ajustamento do modelo revelam que as variáveis apresentadas formam um bom modelo. O  $R^2$  de McFadden é de 1,4%, o Qui-quadrado é 1142,59 e o seu valor prova mostra que para este conjunto de variáveis a sua significância conjunta é de 1%. O número de casos corretamente previstos é de 61,30%. Novamente, tendo-se verificado que o modelo é de boa qualidade, analisam-se os coeficientes estimados para as variáveis explicativas individualmente.

Todas as variáveis apresentadas neste modelo contribuem positivamente para o comportamento abusivo e são estatisticamente significativas. São elas: o género (mulher), a não isenção, a idade entre os 18-30 anos, a pulseira azul, residir em Vila Nova de Gaia, recorrer ao SU durante a noite e ser abrangida pelo SU. Neste conjunto salienta-se a pulseira de cor azul, que possui cerca de três vezes mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo do que outras cores de pulseiras, e a abrangência pelo SNS, que confere cerca de 90% mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo, do que outros serviços de saúde.

É ainda de salientar que, o fato de o utente ser não isento, lhe confere cerca de 6% mais probabilidade de se apresentar como abusivo. O fato do utente ter entre os 18 e os 30 anos, implica que a probabilidade de ocorrência de comportamento abusivo é cerca de 31% maior do que em outras faixas etárias. O fato de se residir em Vila Nova de Gaia, significa que apresenta cerca de 70% mais probabilidade de se revelar como abusivo, comparando com todos os outros concelhos estudados. Por fim, o fato de o episódio ocorrer durante o período da noite, revela que a probabilidade de existir um comportamento abusivo é cerca de 13% superior, do que se ocorresse durante o dia.

Assim, face a estes resultados, calcula-se que para os coeficientes estimados, a probabilidade de uma mulher, não isenta de taxas moderadoras, com idade entre os 18-30, residente em Vila Nova de Gaia, recorrer ao SU durante a noite, ser abrangida pelo SNS e ser-lhe atribuída uma pulseira de cor azul, apresentar um comportamento abusivo é de 91,92%.

Por fim, para o último modelo (modelo 5), apresentam-se, de seguida, as respetivas conclusões.

Tal como os anteriores, também os valores dos indicadores de precisão são similares, com um  $R^2$  de McFadden baixo (2,9%), um teste Qui-quadrado de 2291,88 – sendo que o valor de prova demonstra que as variáveis estudadas em conjunto são estatisticamente significativas



para um nível de significância de 1%. Neste modelo, novamente conseguem-se prever corretamente cerca de 61,90% dos casos.

Neste modelo a única variável que contribui positivamente para o comportamento abusivo e que apresenta significância estatística, é a residência no concelho da Maia, de forma oposta, apresentam-se todas as outras. As variáveis isento – contribui de forma positiva- e ADSE – contribui de forma negativa - não apresentam significância estatística, pelo que não serão analisadas de forma exaustiva. Assim, as que contribuem negativamente são: o género (homem), a idade superior a 60 anos, a pulseira de cor laranja e o recurso ao SU durante o dia. Todas as variáveis anteriormente descritas apresentam níveis de significância de 1%, à exceção da variável pulseira laranja, que apresenta um nível de significância de 5%.

Analisando este grupo de variáveis, salientam-se a idade superior a 60 anos, que confere uma probabilidade de apresentar comportamento abusivo de cerca de 30% menos do que outras faixas etárias, e a pulseira laranja, que regista a mesma probabilidade – 30% menos – em relação a outras cores de pulseiras. É ainda importante referir que, o fato de ser homem apresenta menos 15% de probabilidade de revelar comportamento abusivo, assim como a residência na Maia, que aponta para 20% menos probabilidade. Da mesma forma, também o fato de se recorrer ao SU durante o dia, apresenta menos 11% do que em relação ao período da noite, de apresentar um comportamento abusivo.

Tendo em conta este modelo, conclui-se que um homem de mais de 60 anos, isento do pagamento de taxas moderadoras, que seja abrangido pela ADSE, se desloque ao SU durante o dia e lhe seja dada uma pulseira de cor laranja, e resida no concelho da Maia, apresenta uma probabilidade de cerca de 39,93% de apresentar um comportamento abusivo.

## CONCLUSÃO

A equidade no fornecimento dos serviços de saúde à população, sempre foi uma preocupação do Estado para com a sociedade portuguesa. No entanto, e face ao cenário de crise económica e financeira a que se assiste, esse paradigma está a ser afetado, e pode vir a sê-lo ainda mais, caso não se registem melhoras em certos aspetos operacionais.

A problemática da abusividade nos SU, tem vindo a ser tema de debate em muitas sociedades modernas. Este uso desmedido leva a esperas prolongadas no SU, mesmo para os utentes que apresentam realmente casos urgentes, e posteriormente faz com que sejam criadas políticas de limitação do acesso ao SU (O'Brien et al., 2002)<sup>33</sup>. Em Portugal, estas políticas já foram criadas e instauradas com a criação das taxas moderadoras e, posteriormente o seu aumento, como é expresso no Decreto-Lei N° 113/2011 e mais tarde no Decreto-Lei N° 128/2012.

---

<sup>33</sup>Segundo o Relatório de Contas do Hospital de São João em 2011, o tempo médio de permanência na Urgência Geral de Adultos foi de 3 horas e 38 minutos.

Esta foi uma decisão alvo de muita mediatização e controvérsia no país, pelo que a opinião pública pôs em causa se iria contra um dos princípios básicos do SNS Português, o acesso garantido a todos, conforme a Lei 56/79 de Setembro. De fato, também nesta Lei se falava da gratuitidade do serviço, no entanto contemplava já a possibilidade da criação de taxas moderadoras - a questão do “tendencialmente gratuito” (Ministério da Saúde, 2010). A controvérsia é ainda mais acentuada quando surgem opiniões distintas no que toca ao impacto destas medidas na população. Se a comunicação social insiste em afirmar que as novas taxas moderadoras e seus aumentos já explanadas no capítulo anterior, afastam utentes dos SU, recentemente o Ministro da Saúde, Paulo Macedo, afirmou, num comunicado público, que, segundo um estudo que o próprio encomendou, não existe *de facto* afastamento dos utentes dos cuidados de saúde, e que houve, na realidade, uma significativa melhoria na afluência aos cuidados, sobretudo aos cuidados de urgência, aumentando por isso a afluência aos CS<sup>34</sup>. No entanto, segundo a opinião pública, estas conclusões serão difíceis de retirar dado que no cenário económico que o País atravessa, a questão da diminuição da afluência a determinados serviços pode ter que ver principalmente com a falta de recursos financeiros dos utentes, do que propriamente com a introdução de taxas e consciencialização da população.

Face a esta realidade, justificou-se e tornou-se importante o desenvolvimento deste estudo, pois o mesmo procura identificar um conjunto de variáveis que mais contribuem para um comportamento abusivo por parte da população em torno dos SU, para que se possam educar e modificar comportamentos, por forma não a limitar o acesso aos utentes mas sim a encaminhá-los para cuidados que, para o tipo de condição de saúde que apresentam, serão os mais indicados.

Para que o mesmo fosse possível, foi recolhida informação relativa aos episódios de urgência no serviço da Urgência Geral de Adultos do Hospital de São João, relativa a um período de 6 meses, que decorreram entre Novembro de 2012 e Abril de 2013. Esta informação foi tratada de uma forma específica, dado que existem inúmeros fatores de enviesamento, limpando-se a base de dados de alguns possíveis fatores de enviesamento dos resultados. Pela análise, quer descritiva quer inferencial dos dados, chegou-se a algumas conclusões esperadas, face à literatura analisada, e a outras inesperadas, o que veio tornar este estudo uma mais-valia ainda mais interessante e importante para o desenvolvimento do conhecimento científico nesta área específica.

---

<sup>34</sup>Este estudo não está ainda disponível para consulta pública.

A maior parte da afluência aos SU é realizada por mulheres, cerca de aproximadamente 55% contra, aproximadamente, 45% de homens, o que vai de encontro ao preconizado na literatura analisada (Pereira et al., 2001; Carret, Fassa & Domingues, 2009). Em termos de idades, após a divisão de idades por categorias, apurou-se que a maior parte dos utentes teriam entre 31 e 60 anos. No estudo de Pereira et al. (2001), apenas são divididas as idades entre 18 e 60 anos e superior a 60 anos, no entanto, encontraram-se diferenças nestes grupos quanto à afluência ao SU, sendo que a maior parte dos utentes tem até 60 anos. Num outro estudo realizado em Portugal (Silva, 2012) verificou-se também que a maior afluência seria dos utentes com idades entre os 35 e os 64 anos, o que vai de encontro aos resultados apurados neste estudo.

Outra variável analisada foi a situação face ao pagamento de taxas moderadoras, ou seja, se o utente paga ou está isento. Verificou-se que cerca de 64,27% dos utentes que utilizaram o SU durante o tempo do estudo, estariam isentos deste pagamento. Segundo Pedro Pita Barros (2012), com a introdução das novas isenções, existem, de momento, cerca de 7 milhões de pessoas que são totalmente ou de alguma forma isentas de taxas moderadoras.

Aquando do início do estudo, ao serem escolhidos os meses de incidência do mesmo, surgiu uma dúvida que pareceu bastante pertinente, se existiria ou não diferença na afluência ao SU na época das gripes e das alergias, como é de usual ser noticiado na comunicação social. De fato, analisando a afluência de acordo com os meses, não foram registadas grandes diferenças na afluência sendo que a diferença entre o mês com menos episódios (Fevereiro com 9.453 episódios) e o mês com mais episódios (Janeiro com 10.338) foi de apenas 885 episódios, o que num universo tão grande não pareceu significativo. É ainda de salientar ainda que Janeiro foi dos meses mais longos do estudo e Fevereiro teve apenas 28 dias no presente ano, o que obviamente faz com que some menos episódios. Estes resultados mostram que poderá ser refutada a hipótese de que realmente ocorre maior afluência nas épocas do ano onde normalmente surgem as gripes e as alergias.

Avaliou-se, também, a hora e data dos episódios, de forma a que se cruzem informações em termos de horário de funcionamento dos SU e CS. Verificou-se que a maior afluência é durante a semana (79%) e durante o dia (71,75%). Este fato espelha que a população prefere claramente recorrer aos SU do que aos CS, quer pelas crenças já aqui referidas, quer por questões de facilidade de acesso (Silva, 2009; Novo, 2010). Também Silva (2012) conclui que o pico de afluência ocorria durante a semana e durante o período do dia.

Considerou-se importante que fossem também avaliados, os tipos de sistemas de saúde mais recorrentes. Não serão explanados todos os existentes, pois tal não foi considerado pertinente, pelo que apenas foram divididos em SNS, ADSE e outros sistemas de saúde, que abrangem desde seguros privados até seguros de imigrantes. Desta forma, como seria de esperar, pelo local onde o estudo decorreu, cerca de 90,88% dos utentes seriam abrangidos pelo SNS. Esta realidade faz de todo sentido, dado que em Portugal, todos os habitantes tem direito a ser abrangidos pelo mesmo (Ministério da Saúde, 2010), independentemente de escolherem ter um seguro privado ou não.

No início do estudo, quando foi analisada a instituição em que o mesmo decorreu, foram encontradas informações que, após o estudo ter sido levado a cabo, surgem como pouco exatas. No relatório da Entidade Reguladora da Saúde de 2011 (ERS, 2011), sobre a rede hospitalar com financiamento público encontra-se que a abrangência do Hospital de São João compreende os concelhos de Gondomar, Lamego, Maia, Penafiel, Porto e Valongo. Já quando consultado o site do Hospital, é referido que a área de abrangência da urgência é Porto, com as freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos e o concelho da Maia com todas as suas freguesias (Ministério da Saúde, s.d.). Relativamente aos dados encontrados, conclui-se que ocorreram entradas de utentes de todos os concelhos do Grande Porto, e de outros externos ao mesmo. A maior afluência foi relativa aos utentes residentes no concelho do Porto e a menor do concelho de Baião. Mais uma vez, a questão da proximidade torna-se fulcral na afluência.

Por fim, analisou-se a afluência de acordo com a cor das pulseiras. Verificou-se assim que a maior afluência seria a cor amarela com 31.748 episódios (53,27%), não querendo de todo o modo dizer, tal como expressado anteriormente, que por ser catalogado com pulseira amarela, o utente apresente de fato condição de saúde que necessite de cuidados num SU. Mais uma vez se relembra que não foram incluídos neste estudo os episódios de cor vermelha, no entanto, segundo os dados colhidos na instituição, o total dos mesmos foi de 603, no decorrer dos 6 meses. Estes dados vão de encontro às conclusões retiradas por Silva (2012), em que a maioria dos episódios são de fato relativos a pulseiras de cor amarela.

Por fim, e para terminar a análise das distribuições relativa e absoluta, verificou-se numa primeira análise e consoante os conceitos já explicados, conclui-se que a prevalência da utilização abusiva foi de 60,67%, correspondendo a cerca de 36.161 episódios. Estes números vão de encontro a alguns estudos já abordados nesta dissertação, e, nalguns casos, supera as expectativas.

Analisando as variáveis de forma independente, verificou-se que o fato de ser mulher faz com que a probabilidade de apresentar um comportamento abusivo seja 17,5% maior. Da mesma forma, se o utente tiver uma idade compreendida entre 18 e 31 anos, terá cerca de 33,4% mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo.

Uma das conclusões retiradas que foi contra aquilo que se preconizava inicialmente, foi relativa à situação face ao pagamento de taxas moderadoras. Concluiu-se que ao ser isento de taxas moderadoras, o utente apresenta cerca de menos 5% de probabilidade de apresentar um comportamento abusivo. Ou seja, os utentes que utilizam o SU de forma abusiva, são na sua maioria não isentos do pagamento. Seria de esperar o contrário, dado que se não há um gasto monetário direto, a tendência seria utilizar mais vezes. Este fato foi explicado no capítulo anterior, onde se abordou a questão da crise, em que as pessoas isentas são aquelas que normalmente tem menos posses financeiras, e que apesar de não pagarem a taxa de urgência, teriam outros gastos associados à ida ao SU e por isso apenas vão quando estritamente necessário (OPSS, 2013). Existe ainda a possibilidade de que as pessoas não isentas, noutras alturas livres de crise económica recorreriam ao setor privado, enquanto agora recorrem ao serviço público por saberem que apesar de terem que pagar, sabem que este é um valor fixo com um teto máximo de 50€.

Analisando a área de residência concluiu-se que, apesar de não fazer parte da suposta área de abrangência da Urgência Geral do Hospital de São João, é o concelho de Vila Nova de Gaia que apresenta cerca de 1,7 vezes mais probabilidade (68,5%) de ter utentes que lá residam e que tenham comportamentos abusivos no SU. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2011), o concelho de Vila Nova de Gaia deveria recorrer ao Hospital Santos Silva, ao invés disso, os utentes decidem recorrer ao SU do Hospital de São João, que poderá apesar de ficar noutra concelho, ser mais perto devido às infraestruturas (Oliveira, 2006; Silva, 2009; Novo, 2010). Será também de salientar o prestígio do Hospital que, como foi visto na literatura, pode contribuir para a afluência dos utentes (Silva, 2009; Novo, 2010).

Relativamente à data e hora do episódio verificou-se que quanto à data, fosse ela em meses ou dia da semana não existia significância estatística. No entanto, o fato de o utente recorrer ao SU durante a noite, conferia-lhe cerca de 11,5% mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo. Tal fato pode ser explicado pelos níveis de afluência ao serviço, sendo de conhecimento geral que durante a noite o número de utentes é menor e por isso, o atendimento mais rápido.

Relativamente ao tipo de sistema de saúde concluiu-se que o fato de o utente ser abrangido pelo SNS, lhe confere cerca de 82,9% mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo na ida ao SU.

Por fim, e de acordo com a cor da pulseira, como seria de esperar e demonstrando que a Triagem de Manchester é corretamente realizada, à medida que a cor da pulseira muda, no sentido não urgente – emergente, diminui a probabilidade de apresentar um comportamento abusivo. Desta forma, o fato de o utente ter uma pulseira azul confere-lhe cerca de 2,67 vezes mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo.

Analisadas todas as variáveis de forma independente, analisaram-se depois conjuntos de variáveis, para que se conseguisse chegar ao perfil do utilizador abusivo do SU. Após analisadas várias combinações de características sócio-demográficas, concluiu-se que, uma mulher, não isenta de taxas moderadoras, com idade entre os 18 e os 30 anos, residente em Vila Nova de Gaia, que recorre ao SU durante a noite, abrangida pelo SNS e à qual se atribui uma pulseira de cor azul, apresenta uma probabilidade de 91,92% de apresentar um comportamento abusivo.

Traçado o perfil tipo do utilizador abusivo, resta usar essa informação a favor da criação de campanhas nacionais de sensibilização. Campanhas que informem, mais do que eduquem, que tenham impacto e que sirvam para que a população seja responsabilizada pelo correto usufruto dos serviços que o Estado põe a nosso dispôr.

Por fim resta referir que houve algumas limitações a este estudo que se prendem com tempo, ou com a falta dele. De fato as limitações que ocorreram neste projeto, servem de base para uma continuação deste estudo, com o mesmo objetivo mas com um material de estudo bastante mais alargado. Seria interessante que o estudo abrangesse um ano completo e outro tipo de hospital não central<sup>35</sup>. Seria também interessante alargar a análise ao próprio relatório do episódio de urgência, e nesse caso incluindo todos os casos de entrada, avaliando um a um, para que além do perfil socioeconómico, se conseguisse traçar um perfil clínico completo do utente. Finalmente, para que o estudo fosse totalmente abrangente, seria incluída a variável condição de saúde, onde avaliando a causa (sinal, sintoma ou doença) que levou o utente ao SU, se conseguisse perceber quais as condições de saúde que mais despertam nos utentes a necessidade de cuidados imediatos de urgência.

---

<sup>35</sup>Foi tentado, no início deste estudo, recolher dados junto de um hospital não central de forma a comparar os resultados. No entanto não foi obtida resposta por parte desse segundo Hospital.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS] (2011). *Projecto de Revisão de categorias de isenção e actualização de valores das taxas moderadoras*. Acedido em 11 de Maio em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/824D0B9F-A26B-4AA6-B1DE-9ED7ED9098E9/0/revMSclean20Dez11\\_FaqsTM.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/824D0B9F-A26B-4AA6-B1DE-9ED7ED9098E9/0/revMSclean20Dez11_FaqsTM.pdf).
- Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS] (2013). *Circular Normativa Nr 05/2013: Atualização do valor de Taxas Moderadoras*. Acedido em 11 de Maio em: [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=41c9c08e06&view=att&th=14256b375ab0d127&attid=0.1&disp=inline&realattid=f\\_ho00aqd50&safe=1&zw&saduie=AG9B\\_P8hGogbv0JBVr-2oAanrojH&sadet=1384463099838&sads=PAiNNp5ECnhCrtqiu35ePvF96-s](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=41c9c08e06&view=att&th=14256b375ab0d127&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_ho00aqd50&safe=1&zw&saduie=AG9B_P8hGogbv0JBVr-2oAanrojH&sadet=1384463099838&sads=PAiNNp5ECnhCrtqiu35ePvF96-s).
- Araújo, J. F. F. E. D. (2007). *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós-Burocrática*. Universidade do Minho, Braga. 16 pp.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. (2002). *O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra. 33 pp.
- Barros, P. P. (2012). Health policy reforms in tough times: the case of Portugal. *HealthPolicy*, 106(1), 17-22.
- Béresniak, A. & Duru, G. (1999). *Economia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Berkson, J. (1944). Application of the Logistic Function to Bio-assay. *Journal of the American Statistical Association*, 9, 357-365.
- Borja-Santos, R. (2012). *Taxas moderadoras afastam 1800 pessoas por dia nas urgências*. Acedido em 12 de Março em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/taxas-moderadoras-afastam-pessoas-das-urgencias-1573482>.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor* (3ª ed.). Almedina: Lisboa.
- Carret, M., Fassa, A. & Domingues, M. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 7-28.



- Carret, M., Fassa, A. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: fatores associated with inappropriate use. *BMC HealthServices Research*, 7, 131-137
- Carret, M., Fassa, A., Paniz, V. & Soares, P. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1069-1079.
- Centro Hospitalar de São João, EPE (2011). *Relatório de contas*. Acedido em 1 de Novembro em: <http://www.chsj.pt/files/2/documentos/20120705175952978657.pdf>.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU] (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Acedido a 22 de Fevereiro em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>.
- Cramer, J. S. (2003). The Origins and Development of the Logit Model, Tinbergen Institute *Discussion Paper N° 199/4*. Faculty of Economics and Econometrics, University of Amsterdam Amsterdam.
- Decreto-Lei n.º56/79 de 26 de Agosto. Acedido a 11 de Maio em: [http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis\\_area\\_saude.aspx](http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis_area_saude.aspx).
- Decreto-Lei n.º173/2003 de 1 de Agosto. Acedido a 12 de Maio em: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/tabid/142/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Decreto-Lei n.º 113/2011. Acedido a 11 de Maio em: <http://dre.pt/pdf1s/2011/11/22900/0510805110.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de Junho. Acedido a 11 de Maio em: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/tabid/142/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Diogo, C. (2005). The Reform of the NHS in Portugal. *PublicFinanceand Management*, 5(4), 492-522.
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2011). *Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público*. Acedido a 2 de Novembro em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/34/Relatorio\\_Preliminar\\_Rede\\_Hospitalar.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Rede_Hospitalar.pdf).

- Eira, A. A. (2010). *A Saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados*. Dissertação de Mestrado em Economia. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto. 72 pp.
- Freitas, P. (1997). *Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester*. BMJ-Publishing Group. 154pp.
- Gujarati, D. & Porter, D. (2008). *Basic Econometrics* (5<sup>th</sup> Ed.). McGraw-Hill/Irwin.
- Henriques, M. A. P. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso do idoso em comunidade: eficácia das intervenções de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa. 252 pp.
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). USA: John Wiley & Sons.
- Infopédia (2013). *Sensibilizar*. Acedido a 29 de Março em <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/sensibilizar>.
- Johnson, A., Goss, A., Beckerman, J. & Castro, A. (2012) Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Social Science e Medicine*, 75(10), 1786-1792.
- Jones, A. M., Rice, N., d’Uva, T. B. & Balia, S. (2007). *Applied Health Economics*, United Kingdom: Routledge.
- Lei n.º 48/1990 de 3 de Agosto. Diário da República, 1.ª Série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990, 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.
- Lei n.º 66-B/2012 de 31 de Dezembro. Diário da República, 1ª Série, nº252 de 31 de Dezembro de 2012, 42-240. Orçamento do Estado para 2013.
- Ministério da Saúde (s.d.) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 25 de Janeiro em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Ministério da Saúde (s.d.). *Dados gerais do Hospital de São João (Centro Hospitalar de São João, EPE)*. Acedido a 2 de Novembro, em: <http://www.portaldasaude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=146>
- Ministério da Saúde (2010). *História do SNS*. Acedido a 20 de Maio em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

- Ministério das Finanças (2012). *Orçamento de Estado para 2013*. Acedido a 20 de Março em: [http://www.portugal.gov.pt/media/736269/oe2013\\_rel.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/736269/oe2013_rel.pdf).
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. & McKee, M. (2012). *HealthPolicy responses to the financial crisis in Europe*. Acedido a 20 de Março em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf).
- Novo, L. S. M. (2010). *A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto. 85 pp.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2013). *Relatório de Primavera 2013*. Acedido a 21 de Março em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>.
- Oktay, C.; Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M. & Gunerli, A. (2003). Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital. *Croatian Medical Journal*, 44(15), 585-591.
- Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. *Acta Médica Portuguesa*. 19, 269-274.
- Oliveira, V. L., Landim, F. L. P., Collares, P. M., Mesquita, R. B. d. & Santos, Z. M. d. S. A. (2007). Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. *Texto e contexto – Enfermagem*. Acedido a 24 de Janeiro em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200011&script=sci_arttext).
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2008). *KeyInformantSurvey*. Acedido a 24 de Janeiro em: [www.who.int/whosis](http://www.who.int/whosis).
- O'Brien, G. M., Shapiro, M. J., Fagan, M. J., Woolard, R. W., O'Sullivan, P.S. & Stein, M. D. (1997). Do Internists and Emergency Physicians Agree on the Appropriateness of Emergency Department Visits?. *PUB MED*. Acedido a 1 de Novembro de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9100145>.
- Paula, A., Morgado, M., Palha, M., Moreira R. & Marques, R. (2012) *Modelos de Financiamento na Saúde*. Vila Nova de Gaia: ESTSP.
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico, V., Fonseca, L., Loureiro, E., Barroso, S., Machado, A., Soares, M., Costa, A. B. & Freitas,

- A. F. (2001). Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580-586.
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma aplicação ao setor da saúde* (2ª ed). Lisboa: Vida Económica.
- Rodrigues, C. C. F. R. (2005). *Inovação nos serviços: da especificidade do setor à necessidade de abordagens integradoras: o caso particular dos hospitais*. Dissertação de Mestrado em Economia. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 125 pp.
- Roecker, S. & Marcon, S. S. (2011). Educação em saúde na estratégia saúde da família: O significado e a praxis dos Enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(4), 701-709.
- Silva, A. C. M. (2012). *Perfil dos Utilizadores das Urgências: Um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade da Beira Interior, 45pp.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A. & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 27, 176-182
- Silva, C. (2009). *A qualidade do serviço de Urgência: Percepções dos utentes e dos prestadores*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Faculdade de Economia e Gestão, Universidade de Aveiro, Aveiro. 260 pp.
- Unidade Operacional da Administração Central do Sistema de Saúde [UOACSS] (s.d.). *Grupos de Diagnósticos Homogêneos- Unidade operacional ACSS – Financiamento e Contratualização*. Acedido a 19 de Dezembro de 2012, em: <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SClassifica%C3%A7%C3%A3oDoentes/GruposdeDiagn%C3%B3sticosHomog%C3%A9neos/tabid/460/language/pt-PT/Default.aspx>.